

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala

Terveyden edistäminen

2017

Marjut Aalto

RAVITSEMUSHOITO TURUN KOTIHOIDOSSA

– Toimintamallin kehittäminen
ravitsemusongelmien tunnistamisen ja hoidon
tueksi

Aalto Marjut

RAVITSEMUSHOITO TURUN KOTIHOIDOSSA

Toimintamallin kehittäminen ravitsemusongelmien tunnistamisen ja hoidon tueksi

Ikääntyvien ravitsemusongelmat, erityisesti ali- ja virheravitsemuksen riski ovat yleisiä kotihoidon asiakkailla. Ravitsemusongelmia tunnistetaan huonosti. Tämä johtaa siihen, että ajoissa aloitetusta ravitsemushoidosta saatavat hyödyt jäävät saavuttamatta. Ali- ja virheravitsemus aiheuttavat kotihoidon asiakkailla lisääntyntä sairastavuutta, toimintakyvyn laskua ja heikentävät elämänlaatua. Asialla on myös merkittävät yhteiskunnalliset vaikutukset.

Kotihoidon asiakkaat ovat pääasiassa monisairaita ikääntyviä, jotka ovat riippuvaisia muiden avusta. Heillä on myös useita ali- ja virheravitsemuksen riskitekijöitä. Kotihoidon tehtävänä on tukea asiakkaita hyvän ravitsemustilan säilyttämisessä ohjaamalla asiakkaita sekä seuraamalla ja arvioimalla säännöllisesti asiakkaiden ravitsemustilaa. Asiakkaan ja mahdollisen läheisen kanssa yhdessä sovitaan riittävästä kotihoidon avuista ja tukipalveluista asiakkaan ravitsemushoidon tukemiseksi. Ravitsemushoidon keinoja tulee käyttää kotihoidossa monipuolisesti.

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin yhteistyössä Turun kaupungin kotihoidon kanssa kevään 2016 ja vuoden 2017 lopun välisenä aikana. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tarkastella ikääntyneiden ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä, sekä ravitsemushoitoa ohjaavia suosituksia ja ohjeistuksia. Tavoitteena oli laatia kotihoidolle oma ravitsemushoidon toimintamalli hoitotyön tueksi.

Kehittämisprojektin toiminnallisena osana järjestettiin kolmella kotihoidon lähipalvelualueella hoitajille ravitsemusaiheiset työpajat sisältäen case-työskentelyä. Työn soveltavan tutkimuksen osiossa tarkasteltiin ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevien kotihoidon asiakkaiden RAI HC ja MNA –arviointeja sekä tilastollisin tunnusluvuin, että laadullisin menetelmin.

Tulokset tukivat pääosin aikaisempaa tietoa. Kotona asuvien ikääntyvien ravitsemushoitoon tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kotihoidon asiakkailla on useita ali- ja virheravitsemuksen riskitekijöitä. Ravitsemushoito ja ravinnon saannin seuranta kotona on ajoittain haasteellista. Ravitsemushoidon keinoja ja palvelumuotoja tulee edelleen kehittää kotona asuvan ikääntyvän väestön ravitsemushoidon haasteisiin vastaamiseksi. Kehittämisprojektin tuotoksena laadittiin kotihoidolle ravitsemushoidon toimintamalli hoitajien toteuttaman arvioinnin ja hoidon suunnittelun apuvälineeksi. Toimintamallin pohjana on MNA -arvioinnista saatu tulos. Se on toteutettu sähköisessä muodossa ja sisältää linkkejä organisaation ohjeisiin ja lisätiedon hankintaan.

ASIASANAT:

Ravitsemus, aliravitsemus, virheravitsemus, ravitsemushoito, ikääntyneet, kotihoito

Aalto Marjut

NUTRITION CARE IN TURKU HOME CARE

Developing a model to recognize nutritional problems and improve nutrition of home care patients.

Different nutritional problems of the elderly home care patients, especially under- and malnutrition, are very common. These problems are poorly recognized, which causes that, the benefits of early intervention in nutrition care are not achieved. Undernourishment and malnutrition increase sicknesses, decrease functional ability and quality of life. This issue also has great societal impacts.

Home care patients are usually elderly people, who have multiple long-term sicknesses, and who are dependent on external help. They also have many kinds of risks that expose them for under- and malnutrition. Home care aims to maintain good nutritional level by guiding, following and assessing patients' nutritional state regularly. Agreements on sufficient home care aid and supporting services are negotiated together with the patient and possibly with their family members. Various nutritional means ought to be used in home care.

This development project was executed in cooperation with Turku city's home care services between spring 2016 until the end of year 2017. The aim of the development project was to study those causal factors that can lead to malnutrition among the elderly people. The study also examines recommendations on nutrition treatment. The aim was to develop a model on nutrition treatment to support home care work.

The functional part of the development project consisted of nutrition themed case-learning workshops for home care workers in three different service areas in Turku. The case study examines those home care patients' RAI HC and MNA assessments who are under a risk of under- and malnutrition. Both statistical and qualitative methods were used.

Results of the study support previous studies. More attention ought to be paid on home care patients' malnutrition treatment. Home care patients have various risk factors that can lead to under- and malnutrition. Monitoring patients' nutritional intake and nutrition treatment is at times challenging. Methods of nutrition treatment and forms of service need to be redeveloped to answer better the needs of the elderly people living in the home. This project answered those needs by developing a model that enables workers of elderly home care to assess and plan treatment more efficiently. The basis of the model is the result obtained from the MNA - assessment. It is implemented in electronic format and contains links to the organization's instructions and further information.

KEYWORDS:

Nutrition, under nourishment, malnutrition, nutrition care, elderly, home care

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	10
2.1 Tarkoitus ja tavoitteet	12
2.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus	12
2.3 RAI HC -arviointi kotihoidon työvälineenä	14
2.4 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio	15
2.5 Kehittämiprojektin aikataulu ja toteutuminen	16
3 IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUS	18
3.1 Ravitsemussuositukset	18
3.2 Ravintoaineiden ja nesteen tarve	19
3.2.1 Energiaravintoaineet	19
3.2.2 Suojaravintoaineet	22
3.2.3 Nesteen tarve	25
4 ALI- JA VIRHERAVITSEMUS IKÄÄNTYNEILLÄ	27
4.1 Ali- ja virheravitsemuksen riskiin vaikuttavat tekijät	27
4.2 Ali- ja virheravitsemuksen seuraukset	30
4.3 Ali- ja virheravitsemuksen ja niiden riskin tunnistaminen	31
4.3.1 MNA -arviointi	32
4.3.2 RAI HC –arviointi	32
4.4 Ravinnonsaannin tehostaminen	33
5 RAVITSEMUSHOITO KOTIHOIDOSSA	36
5.1 Kotihoito	37
5.2 Ravitsemushoidon keinot ja käytännöt kotihoidossa	39
5.3 Ravitsemushoidon kehittäminen	44
6 TYÖPAJAT OSANA KEHITTÄMISPROJEKTIA	47
7 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	51
7.1 Tarkoitus ja tavoite	51

7.2 Menetelmät	52
7.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	53
7.4 Aineisto	54
7.5 Aineiston analysointi	54
7.6 Tulokset	55
7.6.1 RAI HC -arviointien tulokset	55
7.6.2 MNA -arviointien tulokset	61
7.7 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	63
7.7.1 RAI HC -arviointien tulosten tarkastelu	63
7.7.2 MNA -arviointien tulosten tarkastelu	68
7.8 Eettisyys ja luotettavuus	71
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS	74
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA JA ARVIOINTI	76
LÄHTEET	79

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustiedote.
- Liite 2. Saatekirje.
- Liite 3. Aineiston analyysirunko.
- Liite 4. Ravitsemushoidon toimintamalli.

KUVAT

<u>Kuva 1. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan organisaatiorakenne. Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala 2017.</u>	13
--	----

KUVIOT

<u>Kuvio 1. Kehittämiprojektin aikataulu ja toteutuminen.</u>	17
<u>Kuvio 2. CPS, kognitiivisten toimintojen asteikko.</u>	56
<u>Kuvio 3. Liikkuminen kodin ulkopuolella.</u>	57
<u>Kuvio 4. Ostoksilla käynti.</u>	58
<u>Kuvio 5. Aterioiden valmistaminen.</u>	59

<u>Kuvio 6. Ruokailu.</u>	60
<u>Kuvio 7. Painonpudotus 3 viimeisen kuukauden aikana.</u>	62
<u>Kuvio 8. Päivittäiset lämpimät ateriat.</u>	62
<u>Kuvio 9. Elintarvikkeiden käyttö.</u>	63

TAULUKOT

<u>Taulukko 1. Taulukko 1. Energian tarpeen määrittäminen. (Mukaiillen Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a.)</u>	20
<u>Taulukko 2. Taulukko 2. Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositukset yli 60 -vuotiailla suomalaisilla. (Mukaiillen Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a.)</u>	23

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

ADL	Activities of Daily Living
ADLH	Activities of Daily Living Hierarchy
BMI	Body Mass Index
CPS	Cognitive Performance Scale
DRS	Depression Rating Scale
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MAPLe	Method for Assessing Priority Levels
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
Pain	MDS Pain Scale
RAI	Residential Assessment Instrument
RAI HC	Residential Assessment Instrument Home Care
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Ikääntyvien määrä ja prosentuaalinen osuus väestöstä kasvaa elinajan pidentyessä. Pidentyneen elinajan taustalla ovat parantuneet elinolosuhteet, hygienia ja kehittyvä terveydenhuolto. (WHO 2002, 8.) Suomessa väestöennusteen mukaan vuoteen 2040 mennessä yli 80 -vuotiaiden määrä kasvaa yli 600000 henkilöön, joka tarkoittaa 10,5 prosenttia väestöstä ja yli 90 -vuotiaidenkin yli 140000 henkilöön. (Sotkanet 2017.)

Yhä suurempi osa ikääntyvistä asuu omassa kodissaan elämän loppuvaiheisiin asti. Merkittävä osa heistä kuitenkin tarvitsee jossain vaiheessa ulkopuolista apua kotona selviytymisessään. Ikääntyneiden kotona selviytymiseen vaikuttavat muun muassa elintavat, sosiaalinen tilanne, elinympäristö ja saatavilla olevat palvelut. Ikääntyvän väestön tarpeisiin vastaaminen edellyttää riittävää tietoa ja osaamista, mutta myös palveluiden kehittämistä ja niiden saatavuuden parantamista ikääntyvien tarpeita vastaavalle tasolle. Kotiin tuotavia palveluja järjestetään ja tuotetaan monin eri tavoin. Kotihoito on kuitenkin usein keskeisenä tekijänä asiakkaiden palveluiden koordinoijana. (Genet ym. 2011, 10; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 23, 27, 38, 47-48; FINLEX 2013.)

Terveellisen ruokavalion ja etenkin ravinnon ja liikunnan yhdistävistä positiivisista vaikutuksista kansanterveydelle ja toimintakykyiselle pitkälle iälle on vakuuttavia todisteita ja yhä tarkempaa tutkimustietoa. Hyvä ravitsemustila on keskeinen edellytys terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä koko elämän ajan. Etenkin ikääntyneillä ravitsemushoidon tehtävänä on säilyttää terveyttä ja toimintakykyä sekä hidastaa sairauksien syntymistä tai etenemistä. Oleellinen osa ravitsemushoidosta on erilaisten ali- ja virheravitsemuksen tilojen tunnistaminen ja hoito. Aliravitsemus on yksi ikääntyvien merkittävimmistä kokonaisvaltaisesti ikääntyvien hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 27; Milte & Mc Naughton 2016, 444; Suominen 2016; WHO 2017.)

Ikääntyneiden ravitsemuksesta saadun tiedon valossa ravitsemustilaan ja sen seurantaan tulisi kiinnittää kotihoidossa aiempaa enemmän huomiota. Merkittävä osa ikääntyvistä kotihoidon asiakkaista on tutkimusten mukaan ali- ja tai virheravitsemuksen riskissä ja osa myös aliravittuja. Ravitsemuksen ongelmat ovat myös saattaneet alkaa jo kauan ennen kotihoidon alkamista, ellei ikääntyneellä tai hänen läheisillään ole ollut riittävästi tietoa tai voimavaroja puuttua asiaan. Keskeisimpiä syitä ravitsemuksen ongelmien taust-

talla ovat krooniset sairaudet ja niihin liittyvä lääkehoito sekä sairauksien ja toimintakyvyn tuomat rajoitteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 34; Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen & Strandberg 2012, 5266.)

Lisäksi on todettu, että hoitajat tunnistavat huonosti ikääntyvien ravitsemusongelmia. Oleellista olisi tunnistaa vajaaravitsemuksen riski tai virheravitsemus riittävän ajoissa, jotta tilanteen korjaaminen olisi helpompaa. (Suominen 2007,44; Suominen & Pitkälä 2010, 350, 354-355; Suominen 2016.) Hyvällä ravitsemuksella voidaan vaikuttaa ikääntyvien, etenkin huonokuntoisten ja aliravittujen toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta ja infektioita (Milne, Potter, Vivanti & Avenell 2009; 10-12; Suominen, Puranen, & Jyväkorpi 2013, 53).

Ravitsemustila tulee kartoittaa jokaiselta asiakkaalta palveluiden alkuvaiheessa, mutta myös säännöllisesti sen jälkeen uusien ongelmien havaitsemiseksi. Kotihoidon tehtävänä on auttaa asiakkaita ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Jokaisen kotihoidon työntekijän tulisi osata tunnistaa keskeisimmät ali- ja virheravitsemuksen riskitekijät ja ohjata asiakasta ravitsemussuositusten mukaisesti. Ravitsemusongelmien tunnistamiseen on olemassa useita apuvälineitä. (Valtionravitsemusneuvottelukunta 2010a, 31.)

Ikääntyvien ravitsemusongelmiin on tärkeää puuttua asiaan käytettävissä olevin keinoin niin yhteiskunnallisesta, kuin yksilön eettisesti arvostavan hoidon näkökulmasta. Myös Turun kaupungin kotihoidossa on tiedostettu tarve ravitsemushoidon kehittämiseen. Merkittävää lisätietoa asiakkaiden ravitsemustilasta on saatu vuoden 2015 kevään ja syksyn välisenä aikana vaiheittain käyttöön otettujen RAI HC (Residential Assessment Instrument Home Care) -arviointien, sekä sen rinnalla säännölliseen käyttöön tulleen MNA (Mini Nutritional Assessment) -arvioinnin pohjalta.

Ravitsemushoidon kehittämisprojekti käynnistyi keväällä 2016. Kehittämisprojektin tarkoituksena on tarkastella ali- ja virheravitsemuksen riskiin yhteydessä olevia tekijöitä suhteessa yleiseen ravitsemustietoon niin kotihoidon asiakkaan, organisaation kuin henkilökunnankin näkökulmista. Tutkimuksellisessa osiossa aineistona käytettiin kotihoidon ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevien asiakkaiden RAI HC ja MNA -arviointeja. Toiminnallisen menetelmänä käytettiin työpajatoimintaa, joka toteutettiin kolmella kotihoidon lähipalvelualueella. Kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää Turun kaupungin kotihoidon organisaatiolle uusi, yhteinen ravitsemushoidon toimintamalli.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Tämän kehittämisprojektin taustalla oli tarve kehittää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa. Tarve perustuu kotona asuvan ikääntyvän väestön lisääntymiseen ja sen pohjalta myös ravitsemukseen liittyvien ongelmien lisääntymiseen. Kotihoito on merkittävässä osassa tukemassa kotona asuvia ikääntyviä normaalin ravitsemustilan säilyttämisessä ja näin ennaltaehkäisemässä lisääntyvää avun tarvetta, tapaturmia ja sairaalahoidon tarvetta. Ikääntyneenä voidaan pitää henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on rajoittunut joko korkean iän, sairauksien, vammojen tai niiden aiheuttaman rappeutumisen vuoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Ravitsemus muodostuu ruuasta ja noudatetusta ruokavaliosta. Yksittäisen ihmisen suh-
tautumiseen ravintoon vaikuttavat merkittävästi elämän aikaiset kokemukset, opitut tavat
sekä lisäksi esimerkiksi psykososiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. (Lahti-Koski
& Rautavirta 2012, 248-250, 253-255.) Ikääntyneiden ravitsemussuositukset ohjaavat
ravitsemushoidon toteuttamista ikääntymisen eri vaiheissa. WHO (2005, 18) on kannus-
tanut kansallisten ravitsemussuositusten laatimiseen ympäröivä kulttuuri ja ympäristön
huomioiden. Suomalaiset ravitsemussuositukset on päivitetty viimeksi vuonna 2014 ra-
vitsemusneuvottelukunnan toimesta ja ikääntyneiden ravitsemussuositukset on laadittu
vuonna 2010 (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010a; 2014).

Hyvän ravitsemustilan ylläpito edellyttää ikääntyviltä riittävää tietoa, voimavaroja ja toi-
mintakykyä. Kotihoidon ikääntyvillä asiakkailla on merkittävä riski aliravitsemuksen tai
erilaisten virheravitsemuksen tilojen kehittymiselle pitkäaikaissairauksiin, toimintakyvyn
muutoksiin ja esimerkiksi lääkehoitoon liittyen. Ikääntyminen tuo mukanaan muutoksia
elimistössä, jotka altistavat ravitsemuksen ongelmien kehittymiselle. Lisäksi riskiä kas-
vattaa riippuvaisuus muiden avusta. Ikääntyneet itse, eikä myöskään hoitohenkilökunta
tunnista ali- ja virheravitsemuksen riskiä ajoissa, jonka vuoksi se on alihoidettua ja
ajoissa aloitetusta ravitsemushoidosta saatavat vaikutukset jäävät usein hyödyntämättä.
Tutkimusten mukaan juuri ennaltaehkäisevät ja varhaisen vaiheen ravitsemushoidon toi-
menpiteet ovat vaikuttavimpia. (WHO 2002, 8; Suominen, Sandelin, Soini & Pitkälä 2009,
294; Suominen ym. 2012, 172-173; Suominen 2008, 473, 476-477.)

Kehittämisprojektin kiinnostuksen kohteena on erityisesti ali- ja virheravitsemukseen vai-
kuttavat tekijät, niiden riskin tunnistaminen ja hoito. Aliravitsemus on tila, jossa energian,
proteiinin tai muiden ravintoaineiden saanti on usein ollut pitkäaikaisesti puutteellista.

Aliravitsemusta pystytään usein korjaamaan ravitsemushoidon avulla. Maailman laajuisesti aliravitsemuksen merkittävin aiheuttaja on edelleen ruuan puute ja taloudelliset ongelmat. Myös hyvinvointivaltioissa merkittävä osa pienituloisista eläkeläisistä joutuu kamppailemaan taloudellisten ongelmien vuoksi, joka näkyy esimerkiksi kaventuneena ruokavaliona. Virheravitsemuksessa taas elimistön energian tai ravintoaineiden saanti ei vastaa elimistön tarpeita. Vajaaravitsemuksella voidaan tarkoittaa kumpaakin, aliravitsemusta sekä virheravitsemusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 24, 256; Uusitupa & Fogelholm 2012, 204-205.)

Asiakkaan ravitsemustilan arviointia ja seuranta varten on käytettävissä monia apuvälineitä ja mittareita. Ravitsemustilan seurannan ohella kotihoidon tehtävänä on auttaa asiakkaita niin ruuan hankintaan, ruuan valmistamiseen kuin itse ruokailutilanteisiin liittyvissä asioissa silloin kun asiakkaalla ei siihen ole voimavaroja ja se on myös eettinen velvollisuus. Ravitsemushoito on yksilölliseen tarpeen arviointiin perustuvaa tavoitteellista terveyden edistämistä, sairauden hoitoa tai ennaltaehkäisyä ruokavalion avulla sekä ravitsemustilan seuranta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 255; Ikonen, 2013, 218-220, 222.)

Kotihoito on kotiin annettavaa hoivaa ja sairaanhoidollista apua henkilöille, joilla on avun tarvetta esimerkiksi fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen, sairauden tai jonkin vamman vuoksi. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaita selviytymään turvallisesti omassa kodissaan ikääntymisestä ja sen mukanaan tuomista haasteista huolimatta. Merkittävä osa yli 75 -vuotiaista käyttää säännöllisen kotihoidon palveluja. Kunnan tehtävä on tarjota ikääntyville asukkailleen riittävät, monipuoliset ja laadukkaat palvelut turvallisen kotona asumisen mahdollistamiseksi. Varsinaisen kotihoidon lisäksi näitä ovat esimerkiksi tukipalvelut ja kuntouttavat palvelut. (Genet ym. 2011, 2; Ikonen 2013, 16-21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 2017.)

Tässä kehittämisprojektissa keskitytään ensisijaisesti ravitsemusongelmiin aliravitsemuksen ja sen tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta, vaikka ylipainon ja sen tuomat terveyshaitat on tunnistettu jo pitkään niin kansanterveyden, kuin yhteiskunnalle aiheutuvien kustannusten näkökulmasta. Kuitenkin esimerkiksi Iso-Britanniassa on laskettu, että aliravitsemuksen kokonaiskustannukset saattavat olla jopa kaksinkertaiset verrattuna ylipainon aiheuttamiin kustannuksiin. Rahassa tämä tarkoittaa 15 miljardia euroa ja Euroopan laajuisesti 170 miljardia euroa. Nämä menot aiheutuvat pääosin terveydenhuollon kustannuksista, esimerkiksi aliravitsemuksen aiheuttamien infektioiden, kaatumisten, sairaalahoidon pitkittymisen ja muun avun tarpeen lisääntymisen myötä. (Elia

ym. 2010, 474; Brotherton, Simmonds & Strout 2010, 9; Elia 2015, 4, 12.) Mainittakoon myös, että ikääntyneistä, etenkin yli 75 -vuotiaista harvempi kärsii ylipainosta. Ylipainon taustalla on usein pitkäaikaisesti vääristyneet ravitsemustottumukset. Ylipainoon on suhtauduttava vakavasti, koska se voi pahentaa sairauksia ja vaikeuttaa toimintakykyä, mutta ikääntyvien kohdalla laihdutukseen tulisi suhtautua varovaisesti ja sen tulisi tapahtua terveydenhuollon ammattilaisten valvonnassa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 37-38; Hakala 2015, Suominen 2016.)

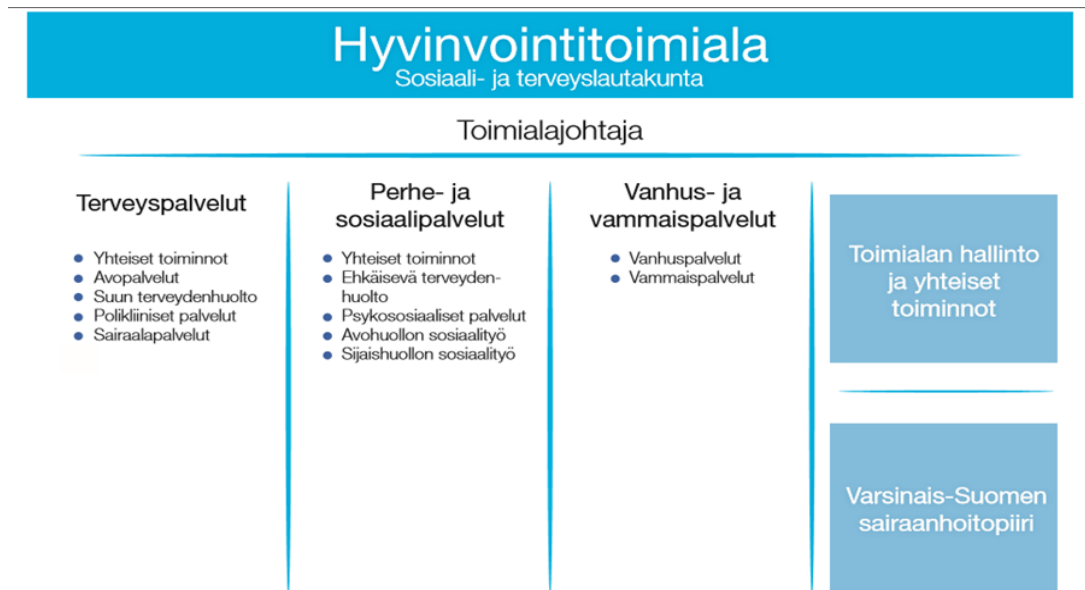
2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tarkastella kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä ja ravitsemushoitoa niin tutkimustiedon, asiakastiedon, organisaatio-tiedon kuin kotihoidon henkilökunnan näkemysten kautta. Organisaation työntekijöitä on osallistettu kehittämiprojektissa työpajojen avulla ja asiakastietoa tarkastellaan tutkimuksellisessa osiossa ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevien asiakkaiden RAI HC ja MNA -arviointien pohjalta.

Tavoitteena oli kehittää ja yhtenäistää ravitsemushoitoa yhteistyöorganisaatiossa kehittämällä kotihoitoon yhtenäinen ravitsemushoidon toimintamalli. Yhtenäisillä toimivilla käytännöillä voidaan lisätä hoitotyöhön laatua, kun toimintamalli toimii hoitajien työvälineenä ohjaten päätöksentekoa ja jatkohoidon suunnittelua.

2.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus

Kehittämiprojekti toteutettiin yhdessä Turun kaupungin kotihoidon kanssa. Kotihoito kuuluu Turussa hyvinvointitoimialalla vanhuspalveluihin (kuva 1).



Kuva 1. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan organisaatiorakenne. (Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala 2017.)

Kotihoidon organisaatiossa työskentelee yli 600 työntekijää ja asiakkaita on lähes 3000. Turun kotihoidossa työskennellään 22 lähipalvelualueella, joista yksi on ulkoistettu. Kaupungin omien lähipalvelualueiden toiminnasta vastaavat palveluesimiehet. Työtä tehdään lähipalvelualueilla tiimityönä. Tiimeissä työskentelee sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan lisäksi perus- ja lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia ja muita sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia. Lisäksi hoitotyön tukena on käytettävissä moniammatillisia asiantuntijoita, kuten esimerkiksi lääkäri, fysioterapeutti, diabeteshoitaja, muistihoitaja, haavahoitaja tai ravitsemusterapeutti. Kotihoidon toimintaa tukevat erilaiset ennaltaehkäisevät palvelut, kuntoutus- ja tukipalvelut.

Kotihoidon asiakkaat ovat pääasiassa kotona asuvia ikääntyviä, mutta myös vammaisia sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaita. Kotihoidon palveluiden piiriin tullaan moninaisia reittejä palvelutarpeen arvion perusteella, jonka pohjalta uusille asiakkaille laaditaan kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Palvelutarpeen arvio tehdään Turussa tällä hetkellä joko kotihoidon lähipalvelualueella tai palvelutarpeen arviointiyksikössä. Kotihoidon asiakkuuskriteerit linjaavat kotihoitopalveluiden myöntämistä ja sisältöä. Kotihoidon oma- valvontasuunnitelma taas ohjaa palvelun ja hoidon suunnittelua sekä toteutusta. Sovitusta kotihoidon palvelusta peritään asetusten mukainen palvelumaksu. Kotihoidon palveluja on Turussa mahdollisuus saada myös palveluseteleillä yksityisiltä palveluntuottajilta. (Turun kaupunki 2017.)

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa huomioidaan asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne ja käytetään organisaatiossa sovittuja mittareita, kuten RaVa, ennakoiva riskikartoitus, MMSE (Mini Mental State Examination), MNA ja RAI -arviointeja. Hoitosuunnitelmat ja päivittäinen toteutettu hoitotyö ja hoidon arviointi kirjataan Turun kotihoidossa Pegasos -tietojärjestelmään. Päivittäin toteutetun hoitotyön kirjaaminen tapahtuu pääosin kotikäynneillä hoitajien käytössä olevien mobiilien kanssa potilastietojärjestelmään hoitotyön luokituksen mukaisesti.

2.3 RAI HC -arviointi kotihoidon työvälineenä

RAI HC -arvioinnit otettiin Turun kaupungin kotihoidossa käyttöön vaiheittain vuoden 2015 kevään ja syksyn välisenä aikana. RAI on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, jonka avulla arvioidaan asiakkaan hoidon ja palvelun tarvetta. Sen kehitys on aloitettu jo vuonna 1978 Kanadassa, alun perin laitoshoidon tarpeisiin. RAI:n laaja ja vakioitu käyttötapa antaa mahdollisuuden myös vertailla ja arvioida hoidon laatua ja kustannustehokkuutta eri organisaatioiden välillä, joten organisaatiolle RAI on myös seurannan ja johtamisen apuväline. Järjestelmään kuuluu eri ohjelmistoja, esimerkiksi laitoshoidon, kotihoidon ja psykiatrisen hoidon tarpeisiin. (InterRAI 2017: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Arviointien tekoa varten hoitajien tulee saada koulutusta ja lisäksi järjestelmässä on sisään rakennettu käsikirja, josta hoitaja voi hakea tukea päätöksenteolle arvioinnin kirjaamisen aikana (RaiSoft 2017). Arviointitietoa kerätään havainnoimalla, haastatteleamalla, mittaamalla, tutustumalla potilasasiakirjoihin sekä keskustelemalla omaisten tai läheisten kanssa ja selvittämällä asiakkaan sekä julkinen, että yksityinen apuverkosto. RAI HC -arvioinnin sisältämiä mittareita ovat esimerkiksi CPS (Cognitive Performance Scale) mittari, joka kuvaa älyllistä toimintakykyä, päivittäiset toiminnot ADLH (Activities of Daily Living Hierarchy) ja ADL (Activities of Daily Living), välinetoiminnot IADL (Instrumental Activities of Daily Living), masennusasteikko DRS (Depression Rating Scale), painoindeksi BMI, kipuasteikko Pain (MDS Pain Scale) sekä hoidon- ja palvelutarpeen asteikko MAPLe (Method for Assessing Priority Levels). (InterRAI 2017; Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos on vuodesta 2001 pitänyt kirjaa kotihoidon RAI-järjestelmästä tuotetuista tiedoista ja raportoi niistä puolivuositain käyttäjä organisaatioille.

(Finne-Soveri, Björkren, Vähäkangas & Noro 2006, 5, 31; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017.) Turun kotihoidossa RAI HC -arviointi tulisi tehdä asiakkaalle 1(-2) kuukauden kuluessa kotihoidon alkamisesta, sekä jatkossa vähintään puolen vuoden välein. Arvioinnin yhteydessä tehdään myös uusi MNA -arviointi.

2.4 Kehittämishankkeen organisaatio

Kehittämishankkeita voidaan käyttää työyksiköiden käytäntöjen kehittämisessä, toimintojen uudelleen ryhmittelyssä tai johtamisen ja laadun kehittämisessä. Jokaisesta projektista muotoutuu yksilöllinen ja tavoitteellinen prosessi. Kehittämishankkeen toimintaa on ohjannut vuoden 2016 lopussa laadittu projektisuunnitelma. Kehittämishankkei on perustunut yhteistyöorganisaation tarpeeseen ja sen tavoitteena on ollut luoda uutta toimintamallia. Tavoitteena voidaan pitää, että toimintamalli jäisi osaksi organisaation pysyvää toimintaa. (Pelin 2009, 87-88.)

Ravitsemushoidon kehittämissuunnitelman projektipäällikkönä toimi opiskelija, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta projektipäällikön roolista. Projektioorganisaatio koostuu usein ohjausryhmästä, projektiryhmästä ja mahdollisista yhteistyökumppaneista (Silfverberg 2007, 97; Pelin 2009, 85). Kehittämissuunnitelmaa varten perustettiin ohjausryhmä, jossa mukana on ollut Turun ammattikorkeakoulusta opiskelijan opettajatuutor sekä yhteistyöorganisaatiosta avopalvelujohtaja, kotihoidon erityisasiantuntija (työelämän mentori), hoitotyön koordinaattori sekä yksi sairaanhoitaja. Ohjausryhmän tehtävänä on ollut ohjata, valvoa ja tukea projektin toimintaa. Ohjausryhmän tavoitteena oli kokoontua projektin aikana alustavasti 3- 4 kertaa tai tarpeen mukaan. Projektiryhmä taas yleensä tukee projektin toteutuksessa. Projektiryhmää ei koettu tämän projektin aikana tarpeelliseksi. Yhteistyökumppaneina voidaan nähdä kehittämissuunnitelman aikana organisaatiossa konsultoidut asiantuntijat, kuten ravitsemusterapeutti, tietojärjestelmäasiantuntija ja arviointiryhmä tutkimuslupaani liittyen sekä työpajoin osallistuneiden lähipalvelualueiden palveluesimiehet ja henkilökunta.

Projektisuunnitelmassa on määritelty projektin tavoitteet ja se on ohjannut niiden tavoittelussa yhteistyöorganisaation tarpeet huomioiden. Suunnitelma sisälsi niin projektin sisäisen, kuin ulkoisen viestinnän ja siinä kartoitettiin myös mahdollisia ongelmia ja riskejä ja etsittiin niihin ratkaisuja. Tässä apuna käytettiin suunnitelmavaiheessa SWOT -analyysiä. (Silfverberg 2007, 100-101, 106-107; Pelin 2009, 87-88.)

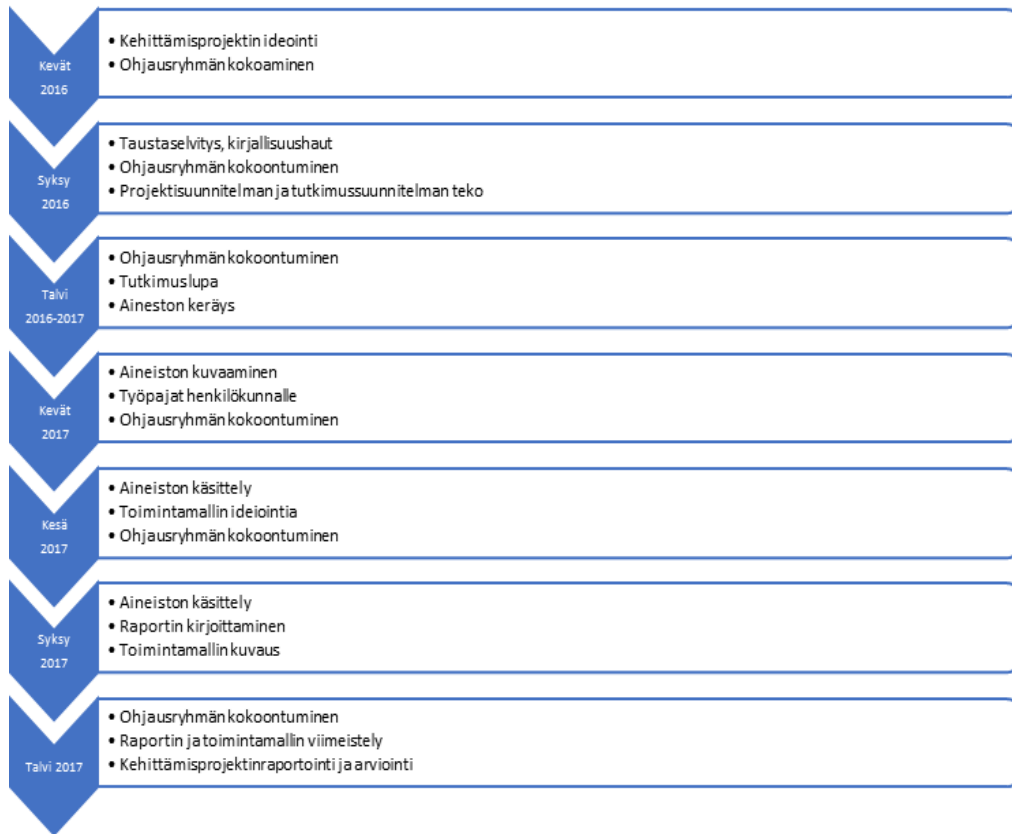
2.5 Kehittämiprojektin aikataulu ja toteutuminen

Päätös kehittämisprojektin tekemisestä tehtiin keväällä 2016 ja vuoden 2016 aikana valmistuivat taustaselvitys sekä suunnitelmavaihe. Kehittämisprojektin suunnitelmavaiheessa laadittiin sekä projekti- että tutkimussuunnitelma tutkimusluvan hakemista varten.

Tutkimuslupa saatiin tammikuussa 2017, jonka jälkeen aineiston hankinta ja siihen alustavan tutustumisen jälkeen toteutettiin kehittämisprojektin toiminnallinen osuus, eli työpajat. Aineiston varsinainen käsittely ja analysointi tehtiin kevään 2017 ja syksyn 2017 välisenä aikana.

Ohjausryhmä on näkemyksillään ohjannut kehittämisprojektin kulkua ja toiminut myös organisaatiossa kehittämisprojektin tukena. Ohjausryhmän tapaamiset ja mentorointi on myös antanut kehittämisprojektin vetäjälle tärkeää tietoa organisaation menestään olevasta toiminnasta. Ohjausryhmä on myös luonut konkreettisen mahdollisuuden ammattikorkeakoulun ja yhteistyöorganisaation väliselle yhteyden pidolle.

Projektin aikana projektipäällikön on tullut kehittää taitojaan projektin vetämisessä ja itenäisessä työskentelyssä vastaten projektin etenemisestä ja viestinnästä. Projektipäällikkö on luonnollisesti varautunut raportoimaan sekä kehittämisprojektista, että sen tuotoksesta yhteistyöorganisaatiolle. Kehittämisprojektin kulkua ja ohjausryhmän toimintaa havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämishankkeen aikataulu ja toteutuminen.

3 IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUS

Ravitsemus käsittää ruuan syömisen ja sen sisältämät ravintoaineet. Syömistä säätelee keskushermosto mm. psykososiaalisten tekijöiden ja ympäristön ärsykkeiden ohella. Ruuansulatuksen eri vaiheiden tehtävänä on ravintoaineiden imeytyminen ja kuljettaminen sekä erittyminen elimistöön. Muutokset missä tahansa syömisen tai ruuansulatuksen vaiheessa voivat johtaa ravitsemusongelmien syntyyn. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 255; Mutanen & Voutilainen 2012, 16-17, 19, 23, 25-40.)

3.1 Ravitsemussuositukset

Suomalaiset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) pohjautuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin (Nordic Council of Ministers 2012). Suomessa ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut ikääntyneiden ravitsemussuositukset ikääntyville vuonna 2010. Eurooppalaiset suositukset ravitsemustilan arvioinnista on tehty vuonna 2002, eurooppalaiset suositukset muistisairaiden ravitsemuksesta 2015 ja yleiset ikääntyneiden ravitsemussuositukset ovat juuri valmistumassa (ESPEN 2002; 2015 & 2017). Myös WHO:n (2002) raportti Keep fit for life, kuvaa ikääntyvien ravitsemukseen liittyviä tarpeita. Suomalaisten ravitsemussuositusten lähtökohtana on ollut kuvata keskimääräisiä saantisuosituksia keskimääräisesti kuukauden ajalta. Kansainvälisesti tässä on vaihtelua, joten asia on huomioitava suosituksia vertailtaessa. (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 237; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Ravitsemustilan säännöllinen arviointi, riittävän energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteiden saannin varmistaminen sekä päivittäisen D-vitamiinilisän käyttö ympäri vuoden ovat ikääntyneiden suositusten keskeiset lähtökohdat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9; Suominen 2016.) Myös ikäryhmän moninaisuus on huomioitu, koska ikääntyminen tapahtuu yksilölliseen tahtiin. Ravitsemussuosituksissa nämä ikääntyneiden eri ryhmät on kuvattu: hyväkuntoiset ikääntyneet, kotona asuvat ikääntyneet joilla on useita sairauksia ja haurastumisriskiä, kotihoidon asiakkaat joilla on useita sairauksia ja säännöllistä avun tarvetta sekä ympärivuorokautisessa hoidossa ja avun tarpeessa olevat ikääntyneet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 9; Suominen 2016.)

Ravitsemussuositukset on laadittu niin, että suurin osa väestöstä hyötyy niiden noudattamisesta, myös ennaltaehkäisevässä merkityksessä. Koko väestö hyötyy säännöllisen ruokarytmin noudattamisesta ja painonhallinnasta, joista hyötyvät esimerkiksi diabetesta ja verenkiertosairauksia sairastavat. Diabeetikoilla oleellista on lääkehoidon sovittamien ruokarytmiin, kun taas sydän- ja verisuonisairauksia sairastavilla tavoitteena on hiilihydraattien riittävä kuitupitoisuus, pehmeiden rasvojen suosiminen ja kohtuullinen suolan käyttö. Korkeasta verenpaineesta kärsivät hyötyvät suolamäärän rajoittamisesta 5mg /vrk. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18; Diabetesliitto 2017; Sydän-media 2017).

Ravitsemussuositusten ohella tulee luonnollisesti huomioida yksilöllisesti tarvittavat erityisruokavaliot, jotka johtuvat esimerkiksi imeytymisen tai aineenvaihdunnan häiriöistä tai muista fysiologisista tiloista. Ne tulee toteuttaa niin, etteivät ne heikentäisi ikääntyvän ravitsemustilaa. Esimerkiksi keliakia, laktoosi intoleranssi ja suolen toiminnalliset ongelmat ovat yleisiä myös ikääntyneillä ja niiden hoito edellyttää sairauksien diagnosointia ja ravitsemushoidon suunnittelu terveydenhuollon ammattilaisten apua. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 76-82.)

3.2 Ravintoaineiden ja nesteen tarve

Terveen elämän ylläpitämiseksi elimistö tarvitsee lukuisia ravintoaineita. Ravintoaineet voidaan jakaa elimistön normaalille toiminnalle välttämättömiin ravintoaineisiin ja ei-välttämättömiin. Välttämättömiä ravintoaineita tulee saada ravinnosta elimistön toiminnan turvaamiseksi, mutta ei-välttämättömiä ravintoaineita elimistö pystyy valmistamaan myös itse. Ravintoaineita voidaan tarkastella energiaravintoaineiden ja suojaravintoaineiden näkökulmasta. Energiaravintoaineisiin kuuluu proteiinit, hiilihydraatit ja rasvat. Suojaravintoaineisiin taas kuuluvat vitamiinit ja kivennäisaineet, mutta rasvan sisältävät välttämättömät rasvahapot ja proteiinien sisältämät aminohapot ovat myös osa suojaravintoaineita.

3.2.1 Energiaravintoaineet

Energiaa tarvitaan perusaineenvaihduntaan ja liikkumiseen, mutta myös esimerkiksi lämmöntuotantoon. Sairaudet, niistä toipuminen tai vastaavat tilat voivat nostaa energian tarvetta. Yksilöllinen energian tarve tuleeikin aina määritellä henkilön koon ja kulloisenkin

tilanteen mukaisesti. (Mutanen & Voutilainen 2012, 17, 42.) Apuna voidaan käyttää esimerkiksi alla olevaa taulukkoa 1.

Taulukko 1. Energian tarpeen määrittäminen. (Mukaillen Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a.)

Perusaineenvaihdunta	20 kcal/ kg
Vuodepotilas	26 kcal/ kg
Liikkeellä oleva, itse ruokaileva	30 kcal/ kg
Sairaudesta toipuva, levoton tai paljon liikkuva	36 kcal/ kg

Yleisesti energian tarve saattaa ikääntyessä hieman vähentyä perusaineenvaihdunnan hidastumiseen, lihasmäärän vähenemiseen ja aktiivisuuden määrän vähenemiseen liittyen (Suominen & Pitkälä 2010, 350-351; Rähä 2012,281). Energiaa tulisi saada yksilöllisen tarpeen mukaan, mutta vähintään 1500kcal vuorokaudessa. Tämä suositus perustuu siihen, että energiamäärä on laskettu rajaksi sille, että sen alle jäävä energiamäärä sisältää harvoin myöskään riittävästi proteiineja ja suojaravintoaineita ikääntyneiden tarpeisiin. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14; Suominen & Pitkälä 2010, 351; Suominen 2016, 2.) Energian saanti vähenee usein ikääntyvillä, etenkin yli 70 -vuotiailla ruoka-annosten pienentyessä. Myös muistisairailla on suuri riski liian vähäiseen päivittäiseen energian saantiin. (Suominen, ym. 2012, 172-173; Jyväkorpi 2016, 71, 73.)

Suositus hiilihydraattien osuudeksi kokonaisenergian saannista on 45-60%. Hiilihydraatit jaetaan tärkkelykseen, sokereihin ja ravintokuituihin. Oleellista olisi, että hiilihydraateista alle 10% olisi lisättyä sokeria ja kokonaismäärään sisältyisi 25-35 grammaa hyvänlaatuisia kuituja. Hiilihydraatit vaikuttavat verensokeritasapainoon elimistössä ja kuidut ovat tärkeitä suoliston terveydelle ja toiminnalle. Kuitujen saanti jää usein ikääntyneiden ruokavaliossa vajaaksi ja niiden määrästä joudutaan usein tinkimään, jos syötävät ruokamäärät ovat hyvin pieniä. Suositusten mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi sisällyttää ruokavalioon 5-6 annosta päivässä ja myös täysjyvätuotteet ovat hyviä kuidun lähteitä. (Mutanen & Voutilainen 2012, 42; Rähä 2012, 284.) Finravinto 2012 -tutkimuksen mukaan suomalaiset saavat edelleen pääosan (40%) kuiduista leivästä, vaikka kasvis-ten, hedelmien ja marjojen käyttö ikääntyvillä onkin lisääntynyt. Leivistä sekä tumman, että vaaleimman leivän käytössä on havaittu laskua. Yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä puurojen käyttö kuidun lähteenä on muuta aikuisväestöä yleisempää. (Helldän, Raulio, Kosonen, Tapanainen, Ovaskainen & Virtanen 2013, 118-119; Helldän & Helakorpi 2014, 16.)

Rasvojen osuus energian saannista voi olla 25-40% välillä. Rasvat jakautuvat tyydyttyneisiin, kerta tyydyttymättömiin ja monityydyttymättömiin rasvahappoihin. Ruokavaliossa tärkeään on, vain 8-10% rasvasta olisi tyydyttynyttä, kovaa rasvaa ja 2/3 rasvoista olisi tyydyttymättömiä rasvahappoja, eli niin sanottua pehmeää, hyvänlaatuista rasvaa. Tyydyttymättömät ja monityydyttymättömät rasvahapot ovat elintärkeitä esimerkiksi aivojen ja ihon normaalille toiminnalle sekä hormonituotannolle ja rasva elimistössä toimii myös tärkeiden ravintoaineiden varastona. (WHO 2002, 1; Mutanen & Voutilainen 2012, 49, 61; Räihä 2012, 285.) Etenkin monityydyttymättömillä Omega 3 -rasvahapoilla nähdään nykytiedon valossa olevan merkittävä yhteys muistiongelmien ennaltaehkäisyssä ja varhaisvaiheen hoidossa (Prince, Albanese, Guerchet & Prina 2014, 6). Rasvoja saadaan yleensä riittävästi ruokavaliosta, mutta tyydyttymättömien rasvojen osuus jää liian pieneksi. Pääasiallisia rasvan lähteitä suomalaisten ruokavaliossa ovat voi ja rasvaseokset sekä maitotuotteet. Ravintorasvat ovat pääasiallisesti myös tyydyttymättömien rasvahappojen lähteenä. Miehillä lihasta saatavan rasvan osuus on suurempi kuin naisilla. Voin käyttö leivällä, on ikääntyneiden keskuudessa vähentynyt selvästi, vaikka se onkin edelleen yleisempää kuin muissa ikäryhmissä. Ruuanlaitossa kasviöljyjen käyttö on lisääntynyt selvästi pidemmällä aikavälillä. Juustotuotteissa on viime vuosina alettu uudelleen suosia rasvaisempia, tyydyttyyttä rasvaa sisältäviä valmisteita. (Helldän ym. 2013, 116; Helldän & Helakorpi 2014, 15.)

Ikääntyessä proteiinien tarve lisääntyy ja osuus energiaravintoaineista tulisi suositusten mukaan olla 15-20% energiasta. Sama voidaan ilmaista myös määrällisenä suosituksena 1,2-1,4 g/kg/vrk. Akuutin sairauden, toipilasajan sekä kuntoutuksen aikana tarve voi nousta 1,5g/kg/vrk. Neurologisista sairauksista esimerkiksi muistisairaudet ja parkinsonintauti lisäävät proteiinin tarvetta ja lihaskadosta (sarkopenia) kärsivälle ikääntyneelle proteiinia suositellaan jopa 2g/kg/vrk. Proteiineja tarvitaan proteiinisynteesiin, elimistön kudosten ylläpitoon ja energia tuotantoon. Proteiinit koostuvat aminohapoista, joista 8 on aikuisille välttämättömiä saada ravinnosta, koska elimistö ei pysty niitä itse muodostamaan. Sairauksien lisäksi proteiinien tarpeeseen vaikuttaa esimerkiksi liikunnan määrä. (Mutanen & Voutilainen 2012, 42, 49, 67, 71; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 15-16, 25.)

Ikääntyvien riittävästä proteiinin saannista on syytä olla huolissaan, sillä tutkimusten mukaan vain neljäsosa ikääntyvistä saa riittävästi proteiinia ruokavaliostaan. Proteiinin saannin vähentyminen on usein yhteydessä vähentyneeseen energiansaantiin. Myös elimistön kyky hyödyntää proteiineja heikentyy ikääntyessä. (Räihä 2012, 284; Suominen,

Puranen & Jyväkorpi 2013, 39-41; Jyväkorpi 2016, 75; Suominen, 2016.) Proteiinien jakautuminen tasaisesti eri aterioille pitkin päivää helpottaa elimistön proteiinien hyväksi käyttöä. Munuaisten vajaatoiminta on kuitenkin syytä pitää mielessä vasta-aiheena runsasproteiiniselle ravinnolle. (Nordic Council of Ministries 2012, 294; Bauer ym. 2013, 543, 554; Hakala 2015.) Hyvinä proteiinin lähteinä toimivat lihan, kalan ja kanan lisäksi maitotuotteet ja kananmunat, mutta myös kasviproteiinit, kuten palkokasvit, pähkinät ja täysjyväviljat ovat tärkeitä (Sinisalo 2015, 14). Säännöllinen maidon käyttö aterioilla on ikääntyneidenkin kohdalla vähentynyt, joka voi vähentää proteiinien saantia (Helldän ym. 2013, 118-119, Helldän & Helakorpi 2014, 16).

Alkoholista saadaan energiaa, mutta ei juurikaan muita ravintoaineita. Runsaampi alkoholin käyttö syrjäyttää usein ruokahalua ja heikentää ravintoaineiden saantia. Energia saattaa ylläpitää painoa, jolloin niukkaa ravintoaineiden saantia on vaikea havaita. Ikääntyneillä alkoholin käytön riskit kasvavat sairauksien, käytössä olevien lääkkeiden ja tapaturmariskin lisääntymisen vuoksi. Siksi suositellaankin muuta aikuisväestöä pienempiä alkoholimääriä ja viikkokäytön ylärajana pidetään 7 alkoholi annosta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 44-45; Mutanen & Voutilainen 2012, 73; Sinisalo 2015, 15.) Ikääntyneiden säännöllinen alkoholin käyttö on ollut lisääntymässä. Täysin raittiiden osuus on laskenut ja vähintään kerran viikossa alkoholia käyttävien määrä kasvanut selvästi. (Helldän & Helakorpi 2014, 17-18.)

3.2.2 Suojaravintoaineet

Suojaravintoaineiden, eli vitamiinien ja kivennäisaineiden suositukset on kuvattu taulukossa 2. Suositukset ikääntyville ovat pääosin samat kuin muulle aikuisväestölle. Luvut ovat keskimääräisiä saantisuosituksia esim. kuukauden ajalle jaettuna, joten yksittäisten henkilöiden tarve on lähes aina pienempi. Osa vitamiineista on vesiliukoisia (C-vitamiini ja B-ryhmän vitamiinit) ja siksi niitä tulisi saada päivittäin. Rasvaliukoisia D, A, E, ja K - vitamiineja taas elimistö pystyy säilömään, mutta toisaalta taas kyseisiä vitamiineja saat-
taa kertyä elimistöön liikaa, jos saanti ylittää suositukset pitkään. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 60; Freese & Voutilainen 2012, 88,90.)

Taulukko 2. Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuosituksat yli 60 -vuotiailla suomalaisilla. (Mukaillen Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a.)

Ravintoaine	Suositus, miehet	Suositus, naiset
A-vitamiini (re)	900	700
D-vitamiini (mcg)	20	20
E-vitamiini	10	8
Tiamiini (mg)	1.3 (1.2 alle 75-v.)	1.0
Riboflamiini (mg)	1.5 (1.3 alle 75-v.)	1,2
Niasiini (mg)	17 (15 alle 75-v.)	14 (13 alle 75-v.)
B6 -vitamiini (mg)	1.6	1.2
Folaatti (mcg)	300	300
B12-vitamiini (mcg)	2.0	2.0
C -vitamiini (mg)	75	75
Kalsium (mg)	800	800
Fosfori (mg)	600	600
Kalium (g)	3.5	3.1
Magnesium (mg)	350	350
Rauta (mg)	9	9
Sinkki (mg)	9	7
Kupari (mg)	0.9	0.9
Jodi (mcg)	150	150
Ruokasuola (g)	7	5
Seleeni (mcg)	50	40

Ikääntyville, yli 60-vuotiaille suositellaan D -vitamiinilisän käyttöä ympäri vuoden. Suositus on 20mikrogrammaa vuorokaudessa, mikäli ravinnosta ei saada riittävää määrää D -vitamiinia. Ylimääräistä D -vitamiinilisää suositellaan, koska ikääntyessä säännöllinen ulkona liikkuminen usein vähenee, jolloin iho ei pysty auringon valosta muodostamaan riittävää määrää vitamiinia. Myös ihon kyky valmistaa D -vitamiinia auringon valosta heikkenee. D -vitamiinia tarvitaan luuston mineralisaatiossa ja sillä on vaikutusta lihaskoordinaatioon parantaen tasapainoa ja estäen kaatumisia. Lisäksi D -vitamiinitasojen yhteydestä immuniteettiin, kognitiivisiin toimintoihin ja insuliiniherkkyyteen on saatu lisätietoa. Hyviä D -vitamiinin lähteitä ovat maitotuotteet, ravintorasvat sekä kala, kananmunat ja sienet. (WHO 2002, 21, 59; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 13; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43-44; Mutanen & Voutilainen 2012, 98-100.)

Muista vitamiineista C -vitamiinin, B ryhmän vitamiinien, E -vitamiinin sekä folaatin riittävä saanti yhdistetään yhä vahvemmin kognitiivisen suorituskynsä säilymiseen hyvänä

(WHO 2002, 35-38; Prince ym. 2014, 6.) Lisäksi kivennäisaineista kalsiumin, raudan ja sinkin saantiin on tutkimusten mukaan syytä kiinnittää huomiota etenkin hauraammilla, monisairailta ja muistisairailta ruokavalion kaventuessa ja ruokamäärien pienentyessä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17; Räihä 2012, 286; Jyväkorpi 2016, 73.)

B12 -vitamiinia saadaan useimmiten riittävästi ravinnosta, mutta ongelmana on sen heikentyvä imeytyminen suolistosta. B 12 -vitamiinin ja foolihapon puute on melko yleistä muistisairailta ja vitamiinipitoisuuksien määrittäminen kuuluukin muistisairauksien perustutkimuksiin. B 12-vitamiinia tarvitaan hermoston toiminnan lisäksi solujen muodostuksessa ja aineenvaihdunnassa ja puutos voi johtaa myös pernioosiin anemiaan. B 12 -vitamiinin hyviä lähteitä ovat maksa ja kala, lisäksi myös maitovalmisteiden ja lihan käyttö tukee saantia. Foolihapon hyviä lähteitä taas ovat maksan lisäksi vihreät kasvikset, kananmuna, täysjyvävilja sekä soija. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 13; Räihä 2012, 287-288; Sinisalo 2015, 20.) Myös muut B ryhmän vitamiinit ovat tärkeitä ravintoaineiden ja solujen aineenvaihdunnassa. Tiamiinin ja niasiinin tarve vähenee hieman, samoin miehillä riboflamiinin tarve. Etenkin naisilla B 6 -vitamiinin, joka muun muassa hillitsee elimistön hiljaista tulehdusta, tarve saattaa hieman nousta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 13; Räihä 2012, 286-287; Sinisalo 2015, 19.)

C -vitamiini on ikääntyessäkin tärkeää, vaikka vakava keripukkiin johtava puutos onkin nykyään harvinaista. Se toimii antioksidanttina ja sillä on puolustuskykyä parantava vaikutus, joten se estää esimerkiksi tulehduksia ja puutos taas hidastaa haavojen parantumista. Iän myötä C -vitamiinin imeytymisessä elimistöön voi tapahtua heikentymistä ja niillä, jotka eivät käytä säännöllisesti hedelmiä, marjoja tai vihanneksia C -vitamiinin puute on yleinen. (WHO 2002, 35-36, 59; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 13; Räihä 2012, 288, Sinisalo 2015, 21.) Ikääntyneillä kasvien syönti voi vähentyä, jos ruuan pureskelu hankaloituu. C -vitamiinin saantia voidaan kuitenkin tukea esimerkiksi raasteiden, survosten, marjasoseiden sekä tuoremehujen avulla.

C -vitamiini on tärkeä myös raudan imeytymisessä elimistöön. Raudalla on merkitystä elimistön hapetusreaktioissa. Naisilla raudan tarve vähenee naisilla hieman vaihdevuosisien alettua. Raudan puute taas aiheuttaa anemisoitumista, koska hemoglobiinin muodostus heikkenee. Hemoglobiinin tärkein tehtävänä on hapen kuljetus elimistössä. Anemisoitumisen konkreettisin oire on väsymys, mutta raudanpuute voi näkyä myös sydämen syketaison nopeutumisenä tai lämmönsäätelyn häiriytymisenä. (WHO 2002, 56-57; Räihä 2012, 147; Sinisalo 2015, 22.)

Elimistön riittävä kalsiumpitoisuus hidastaa osteoporoosia. Kalsiumin parhaita lähteitä ravinnossa ovat maito ja erilaiset maitopohjaiset valmisteet. Kalsiumin tarve on määritetty 800mg/vrk. Luukadon estämiseksi 500-1000mg kalsiumlisästä saattaa olla hyötyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 2014; Freese & Voutilainen 2012, 90-155.) Myös kalsiumin imeytyminen elimistöön heikentyy iän myötä. Imeytymistä voivat edelleen heikentää mahalaukun hapottomuus ja runsas ummetuksen hoitoon käytettävien kuituvalmisteiden käyttö. (Räihä 2012, 288.) Maitotuotteiden vähentynyt käyttö voi johtaa myös entistä pienempään kalsiumin saantiin (Helldän ym. 2013, 118-119; Helldän & Helakorpi 2014, 16).

E -vitamiini puutetta on todettu ikääntyneillä heikentyneen ravitsemustilan yhteydessä. Se toimii elimistön tärkeänä antioksidanttina ja ylläpitää solukalvojen rakennetta. Saannin niukkuus liittyy usein aliravitsemukseen ja ravintorasvojen puutteeseen. Kasviöljyt, margariinit ja täysjyvävilja ovatkin parhaita E -vitamiinin lähteitä. Puutostilat näkyvät yleensä neurologisina oireina. (WHO 2002, 30, 38, 60; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 13; Räihä 2012, 287; Sinisalo 2015, 18.) Sinkkiä tarvitaan elimistössä immuunijärjestelmän toiminnassa. Syynä puutokselle on yleensä heikentynyt ruokavalio, mutta ikääntyneillä myös heikentynyt imeytyminen ohutsuolesta. Ravinnossa ensisijaisia sinkin lähteitä ovat maksa sekä naudanliha. Myös soija, palko ja maitovalmisteista saa sinkkiä. (WHO 2002, 33, 61; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 14; Räihä 2012, 289.)

Muiden säännöllisten vitamiinilisien, kuin D -vitamiini käyttöä ei yleisesti suositella, ellei puutostilaa ole todettu. Samoilla linjoilla kulkevat esimerkiksi Pohjoismaiset ravintosuositukset sekä ravintosuositukset Isossa-Britanniassa. (Nordic Council of Ministries 2012, 28; British Nutrition Recommendations 2017.)

3.2.3 Nesteen tarve

Ikääntyessä janon tunne heikkenee ja riittävästä nesteen saannista on pidettävä huolta, jotta elimistö ei kuivu. Tämän vuoksi nesteensaantia tulisi arvioida ja tarkkailla säännöllisin väliajoin. Sairaudet, infektiot ja ympäristön lämpötila vaikuttavat nesteen tarpeeseen. Suositusten mukaan 1 -1,5 litraa nestettä vuorokaudessa on sopiva määrä. Juomien lisäksi osa nesteistä saadaan ruuan mukana. (WHO 2002, 27; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 41,43, 49)

Vaihtoehtoisesti nesteen määrää voidaan määritellä suhteessa painoon, jolloin sopiva määrä on noin 30ml /kg. Nestetasapainon säätelylle elintärkeitä ovat nesteisiin liuenneet

elektrolyytit natrium, kalium ja kloridi, jotka vaikuttavat elimistön nestetasapainon säätelyyn. Munuaiset säätelevät veden erityistä ja elektrolyyttitasapainoa. Monipuoliset juomat lisäävät nesteensaintia ja tarvittaessa nesteitä voidaan ikääntyneillä käyttää myös lisäenergian lähteinä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 46-48.)

4 ALI- JA VIRHERAVISTEMUS IKÄÄNTYNEILLÄ

Ali- ja virheravitsemustiloissa elimistön ravintoaineiden saanti on liian vähäistä tai ei muuten vastaa elimistön tarvetta. Ikääntyneiden ja erityisesti kotihoidon asiakkaiden on todettu olevan merkittävässä ali- ja virheravitsemuksen riskissä. Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg & Pitkälä (2012) mukaan noin puolet (48%) kotihoitoa saavista asiakkaista on aliravitsemuksen riskissä ja 3% aliravittuja. Iän myötä sekä riskissä olevien, että aliravittujen määrä kasvaa merkittävästi. Nykänen, Lönnroos, Kautiainen, Sulkava & Hartikainen (2012) taas saivat tutkimuksessaan mahdollisen aliravitsemuksen riskin esiintymiselle 15%. Myös tuoreemmassa väitöskirjassa Jyväkorpi (2016) totesi, että lähes puolet kotona asuvista Alzheimerin tautia sairastavista henkilöistä olivat ali- tai virheravittuja. (Jyväkorpi 2016, 68-69.)

Kansainvälisesti vastaavia lukuja ovat 20-57% ali- tai virheravitsemuksen riskissä ja 3,7-12% aliravittuja (Guigoz 2006, 480; Kaiser, Bauer ym. 2010, 1736; Farre, Formiga, Ferrer, Plana-Ripoll, Almeda & Pujol 2013, 3; Kiesswetter ym. 2013, 347). Tosin ruotsalaisen tutkimuksen Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen & Ek (2008) mukaan vain 14,5% kotona asuvista ikääntyvistä oli ali- tai virheravitsemuksen riskissä. Tutkimustulosten vaihtelu selittyy sillä, että tutkimusten sisäänotto kriteerit, kuten ikä, demografiset ja sosioekonomiset tekijät, sekä myös arviointimenetelmät ovat erilaisia. Joissain tutkimuksissa muistisairaita ei ole otettu mukaan aineistoon ja osa tutkimuksista on tehty kotihoidon asiakkaille, kun osa taas itsenäisesti toimeentuleville ikääntyville.

4.1 Ali- ja virheravitsemuksen riskiin vaikuttavat tekijät

Vaikka ikä itsessään ei aiheutakaan ravitsemuksen ongelmia, tuovat elimistön ja toimintakyvyn muutokset sekä iän myötä lisääntyvät sairaudet haasteita hyvän ravitsemustilan säilyttämiselle. Riski kasvaa merkittävästi iän lisääntyessä 65 – 80 -vuotiaaksi. Elimistön fysiologinen koostumus muuttuu ikääntyessä niin, että lihasmassa pienenee ja siihen liittyen myös perusaineenvaihdunta hidastuu. Elimistön rasvapitoisuus voi aluksi kasvaa, mutta kääntyy sen jälkeen laskuun. Elimistö myös kuivuu altistuen herkemmin nestetasapainon häiriöille. Ali- ja virheravitsemusta selittäviä tekijöitä voidaan tarkastella fysiologisista, psykologisista, sosiaalisista ja lääketieteellisistä näkökumista. (Suominen & Pitkälä 2010, 350-351.)

Fysiologiset muutokset liittyvät suurelta osin ruuansulatuskanavan muutoksiin ja sairauksiin. Suunterveyden ongelmat, kuten suun ja limakalvojen sairaudet ovat iäkkäillä yleisiä. Ikääntyvillä omien hampaiden säilymisen yleistymisen on positiivisuudessaan muuttanut suunhoidon haasteita. Jos suu kuivuu esimerkiksi lääkitykseen liittyen, syljen erityksen vähentyessä nieleminen ja ruuansulatus vaikeutuvat. Haju ja makuaistissa saattaa tapahtua heikentymistä, jolloin ruokahalu vähenee, kun ruuan tuoksut ja hyvä maku eivät houkuttele. Mahalaukun tyhjentymisen hidastuu, jolloin kylläisyyden tunne tulee herkemmin ja kestää pidempään. Mahalaukun limakalvomuutoksista ja happotasapainon vaihteluista johtuen, myös joidenkin ravintoaineiden imeytyminen saattaa heikentyä. Lisäksi suolistohormonien toiminnassa voi tapahtua muutoksia, jotka muuttavat elimistön energiasapainon säätelyä. Ohutsuolessa ravintoaineiden imeytymisen pinta-ala hieman pienenee ja paksun suolen spontaani supistelutoiminta hidastuu aiheuttaen herkemmin ummetusta. Myös suolistosairaudet lisääntyvät aiheuttaen vähintäänkin toiminnallisia oireita ja epämiellyttävää oloa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 11, 42-43; Suominen & Pitkälä 2010, 352-353; Räihä 2012, 282-284.)

Psykologisista syistä kotihoidon asiakkaiden kohdalla erityistä haastetta aiheuttavat erilaiset muistin sairaudet. Muistisairaudet aiheuttavat haasteita ruokahuollon toteuttamiselle, aterioista huolehtimiselle. Muistisairaana kaupassa asiointi hankaloituu, kun tuotteiden valinta saattaa muuttua epäloogiseksi. Muistin sairaudet tai mielenterveysongelmat saattavat laukaista paranoidisia ajatuksia ruokaa tai joitain ravintoaineita kohtaan. Nälän tunnetta ei huomata, eikä muisteta syödä säännöllisesti. Muistisairaudet voivat myös aiheuttaa turvallisuus ongelmia keittiössä ja ruuanlaitossa. Suuri osa tästä koskee monin osin myös psyykkisiä ongelmia, kuten depressiota, apaattisuutta, vanhuusiän paranoidisuutta tai läheisen menettämiseen liittyvät surun kokemista. Kyky ja mielenkiinto omista tarpeista huolehtimiseen heikkenevät. Yksin ruokailu ei tunnu mielekkäältä. (Suominen & Pitkälä 2010, 352-353; Pitkälä ym. 2012, 5266; Räihä 2012, 282-284.) Johansson ym. (2008) tutkimuksen mukaan heikko itse koettu terveydentila oli jopa tärkein aliravitsemuksen riskiä selittävä tekijä.

Myös alkoholismi aiheuttaa moninaisia ongelmia normaalin ravitsemustilan säilyttämiselle. Alkoholismi voi johtaa psyykkisiin tai sosiaalisiin ongelmiin, kuten heikkoon taloudelliseen tilanteeseen. Taloudellinen tilanne voi heikentyä, mikäli ikääntynyt tulee psyykkisen sairauden, muistin ongelman tai alkoholismin vuoksi taloudellisesti hyväksi käytetyksi. Köyhyys onkin sosiaalisista ongelmista merkittävimpiä heikentyneen ravitsemustilan taustatekijöitä joka voi myös vaikuttaa saavilla olevien palveluiden hyödyntämiseen.

(Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 11, 42-43; Suominen & Pitkälä 2010, 352-353; Räihä 2012, 282-284; Lachmann ym. 2015, 4.)

Erilaiset lääketieteelliset syyt, kuten sairaudet vaikuttavat usein ravitsemustilaan. Erityisesti syövät, neurologiset ja endogrinologiset sairaudet sekä keuhkohtaumatauti aiheuttavat haasteita ravitsemukselle lisäten ravintoaineiden tarvetta tai heikentäen niiden imeytymistä. Akuutin sairauden yhteydessä ikääntynyt saattaa nopeasti menettää painoaan ja joutua aliravitsemuksen riskiin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 11, 42-43; Suominen & Pitkälä 2010, 352-353; Pitkälä, ym. 2012, 5266; Räihä 2012, 282-284.)

Ikääntyneillä on yleensä useita säännöllisiä lääkkeitä käytössä. Lääkehoito sekä ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutukset itsessään saattavat vaikuttaa ruokahaluun tai ruoka-aineiden imeytymiseen, mutta myös aiheuttaa poikkeavaa makua suussa. Ravitsemustilalla on vaikutusta lääkkeiden annosteluun ja lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutukset on myös huomioitava lääkkeiden annostelu ajoissa. Ikääntyneille tyypillisistä lääkkeistä ruokahaluun vaikuttavat useat mielialalääkkeet, antikolinergiset lääkkeet, kortisoni, solusalpaajat ja antibiootit. Ravinnon imeytymiseen taas vaikuttavat esimerkiksi laksatiivit, metotreksaatti ja tyroksiini. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 11, 42-43; Suominen & Pitkälä 2010, 352-353; Räihä 2012, 282-284.) Ruokahalun muutosten lisäksi lääkkeet voivat aiheuttaa suun kuivumista, pahoinvointi, vatsavaivoja, ummetusta tai ripulia jotka pitkittyessään vaikuttavat ravitsemustilaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 159).

Toimintakyvyn, kuten liikkumisen ongelmat ja avun tarve päivittäisissä toimissa ovat selvästi yhteydessä ali- ja virheravitsemuksen riskiin. Kyvyttömyys liikkua itsenäisesti kodin ulkopuolella ja riippuvaisuus ulkopuolisista avuista vaikuttavat valitettavan usein ravitsemustilaan. Aistivajeet, kuten alentunut näkö tai kuulo usein heikentävät tiedon saantia ravitsemukseen liittyvistä asioista. (Pitkälä ym. 2012, 5265; Kiesswetter ym. 2013, 348.) Ruuan hankintaan liittyvät ongelmat lisääntyvät toimintakyvyn laskiessa, etenkin jos kauppa sijaitsee kaukana tai hankalien kulkuyhteyksien päässä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 66.)

Yhteenveto ikääntyneiden ali- ja virheravitsemuksen keskeisistä riskitekijöistä kotihoidon asiakkailla:

Monilääkitys, muistin sairaudet ja toiminnanvaje vähintään yhdessä päivittäisessä toiminnossa, eli riippuvaisuus muiden avusta selittävät löytyvät useimmiten ikääntyvien ra-

vitsemusongelmien taustalta. Myös jokin aistivaje, kuten näkökyvyn heikentyminen heikentää monien ikääntyvien ravitsemustilaa. Päivittäiset kivut, masennusoireilu, sosiaalinen eristäytyminen tai alkoholin käyttö heikentävät kykyä ja halua huolehtia hyvästä ravitsemuksesta. Äkilliset sairastumiset, sekavuustilat voivat äkillisesti muuttaa ikääntyneen ravitsemustilaa. Lisäksi suun terveyteen liittyvät ongelmat, heikentynyt maku- ja hajuaisti, sekä elimistön heikentynyt kyky hyödyntää ravintoaineita lisäävät ali- ja virheravitsemuksen riskiä edelleen. Myös naissukupuoli on ollut useammassa tutkimuksessa riskitekijä. (Suominen, Sandelin, Soini, Pitkälä 2009, 294-295; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 24; Suominen ym. 2012, 172-175; Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen, Nykänen 2015, 2-3.)

4.2 Ali- ja virheravitsemuksen seuraukset

Ali- ja virheravitsemuksella on merkittäviä seurauksia niin yksilön tasolla, mutta myös yhteiskunnallisesti. Yhteiskunnallisella tasolla seuraukset näyttäytyvät terveydenhuollon palvelujen tarpeen kasvuna, sairaalajaksojen pidentymisenä sekä myös kotiin annettavien apujen lisääntyvänä tarpeena. Ravitsemusongelmat altistavat sairastavuudelle, puolustuskyvyn heikentyessä infektioherkkyys kasvaa ja sepsiksen riski suurenee. Puutteellisen energian ja ravintoaineiden saannin johdosta iho- ongelmat lisääntyvät ja mahdollisten haavojen paraneminen hidastuu. Etenkin proteiinin puute johtaa lihaskatoon ja lihasten toiminnan heikkenemiseen, eli sarkopeniaan, jolloin lihasvoima ja tasapaino heikkenevät ja kaatumisen ja luunmurtumien riskit kasvavat, kun taas toipuminen ja kuntoutuminen hidastuvat. Samalla kyky suoriutua itsenäisesti päivittäisistä toimista heikkenee ja kodin ulkopuolella liikkuminen vaikeutuu. (WHO 2002, 18-21, 35-38; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 18; Räihä 2012, 291; Suominen 2016; Houston ym. 2017, 1707.)

Aliravitsemus johtaa usein anemiaan ja elintoimintojen hidastumiseen vaikuttaen siten heikentävästi elimistön lämmönsäätely kykyyn sekä keuhkojen toimintaan. Huonolla ravitsemustilalla on todistettusti yhteyttä myös aivojen toimintaan, kognitioon. Depressiivisyys saattaa lisääntyä ja elämänlaatu heikkenee. Lääkkeiden vaikutukset muuttuvat ja saattavat korostua vaarallisesti. Myös kuolleisuuden riski on selvästi kohonnut ravitsemuksen ongelmista kärsivillä. (WHO 2002, 18-21, 35-38; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 18; Räihä 2012, 291; Suominen 2016.)

4.3 Ali- ja virheravitsemuksen ja riskin tunnistaminen

Ali- ja virheravitsemuksen tunnistaminen on ensimmäinen askel ravitsemushoitoon. Hoitajien on todettu tunnistavan vain noin neljäsosan ravitsemuksen ongelmista kärsivistä, josta aiheutuu hoidon viivästymistä (Suominen 2007, 45; Suominen, Sandelin, Soini, Pitkälä 2009, 295; Lachmann 2015, 6). Tämä asettaa haasteita ennaltaehkäisevälle toiminnalle. Ravitsemusongelmia tulee seuloa järjestelmällisesti ikääntyvien kohdalla. Pelkkä ulkoisen statuksen tarkastelu ei siis riitä, vaan ravitsemustilan arvioimiseen on käytettävissä useita arviointimenetelmiä. (Valtionravitsemusneuvottelukunta 2010a, 30.)

Perusseurantana toimii säännöllinen painon seuranta ja BMI:n (Body Mass Index) määrittäminen. Niiden avulla voidaan tunnistaa tahattomia painonvaihteluja. Painon seuranta kerran kuukaudessa on suositeltavaa. On muistettava, että ikääntyneille suositeltava BMI on muuta aikuisväestöä korkeampi, eli 24-29. BMI on tosin hieman haastava ikääntyneille elimistön koostumuksen muutosten vuoksi. (Valtionravitsemusneuvottelukunta 2010a, 30.)

Ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan tarkoitettuja yleisimpiä menetelmiä ovat MUST, NRS-2002 ja MNA. Näistä NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) on suositeltavin sairaalakäytössä ja MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) menetelmä avoterveydenhuollossa. MNA -arviointia pidetään ikääntyville, yli 65-vuotiaille suositeltavimpana menetelmänä. (ESPEN 2002, 418; Guigoz 2006, 480; Kaiser ym. 2010, 1736; Suominen & Pitkälä 2010, 353-354; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a 31; Lachmann ym. 2015, 6.)

Kotihoidon käytännössä asiakkaan ruokavalion ravinnon laatu on usein huomattavasti helpompaa selvittää ympäristöä tarkkailemalla, kuin syödyn ruuan määrä. Asiakkaat viettävät suuren osan ajasta kotonaan yksin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 22, 25.) Ravintoanamneesia tehdään keskustelemalla, haastatteleamalla sekä ruokailua seuraamalla. Ravinnon saantia voidaan selvittää tarkemmin esimerkiksi ruokapäiväkirjan tai ruuan käytön seurantalomakkeiden avulla (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 62; Gerontologinen ravitsemus ry 2017).

Havaintoja asiakkaan ravitsemustilasta voidaan tehdä huomioimalla asiakkaan ihon ja limakalvojen kuntoa ja yleistilaa (Uusitupa & Fogelholm 2012, 205). Suussa olevien hampaiden ja limakalvojen sekä ruuan pureskelemiseen ja nielemiseen liittyvien toimintojen

tarkastaminen on tärkeä osa ravitsemusongelmien selvittelyä. Yhtä tärkeää on poissulkea ravitsemusongelmien taustalta lääkkeiden tuomat haitat ja uudet sairaudet. Jos ravitsemustilassa epäillään olevan ongelmia, lisätietoja voidaan etsiä tarkempien antropometristen mittausten ja verestä tehtävien diagnostisten testien avulla. Ikääntyneiden ravitsemustilaa selvitettäessä perustesteinä voidaan pitää veren hemoglobiini ja lymfosyyttien, seerumin albumiini, natrium ja kalsium pitoisuuden sekä vitamiinipitoisuuksien määrittämistä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 61; Suominen 2016.)

4.3.1 MNA -arviointi

MNA on kansainvälisesti käytetty ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu validoitu kysymyssarja, jolla pystytään tunnistamaan ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevia henkilöitä. Sen tekeminen vie vain 10-15 minuuttia. MNA:n avulla voidaan tarkastella ja seurata ravitsemustilaa, mutta se avulla ei kuitenkaan vielä saada kovin tarkkaa kuvaa asiakkaan syömän ruoan laadusta tai määrästä. (Vellas, Guigoz, Philip, Garry, Nourishashemi, Bennahum, Lauque & Albaredo 1999, 117-120; Guigoz 2006, 473; Kaiser ym. 2010, 1737; Lachmann ym. 2015 5-6; Gerontologinen ravitsemus ry 2017.) MNA koostuu seula ja arviointiosioista. Karkeasti jaoteltuna arviointi voidaan jakaa 4 eri osioon, antropometrisiin mittauksiin, yleiseen arviointiin, ravinnon saannin arviointiin sekä potilaan omaan arvioon tilanteesta. (Räihä 2012, 289). Esimerkiksi MUST -menetelmään verrattuna MNA -seulan on todettu olevan ikääntyvillä parempi tunnistamaan aliravitsemuksen riski. (Kaiser ym. 2010, 1737; Lahmann ym. 2015, 5-6.)

MNA -arviointia voidaankin hyvin käyttää pohjatietona suunniteltaville interventioille. Arviointi on helppo toteuttaa avohuollossa, esimerkiksi asiakkaan kotona, vaikka mittarin käyttö toki edellyttää jonkin verran perehtymistä ja aikaresursseja. (Slade & Grad 2017, 2.) Salon (2012) tutkimuksen mukaan MNA -arviointien ja ruokapäiväkirjojen käyttöä lisäävinä tekijöinä pidettiin ymmärtämystä niistä saatavasta avusta sekä positiivista asennetta. Osa henkilökunnasta taas koki näiden vievät hoitotyön arjessa liikaa aikaa. Arviointien tekoon ja ruokapäiväkirjojen käyttöön kaivattiin myös lisää perehdytystä. (Salo 2012, 109-111.)

4.3.2 RAI HC -arviointi

RAI HC -arviointia ei ole kehitetty ensisijaisesti ravitsemustilan arviointia varten, vaan se kuvaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoidon ja palvelutarvetta (InterRAI 2017; Terve-

den- ja hyvinvoinninlaitos 2017). RAI HC -mittareista saadaan kuitenkin merkittävää lisätietoa ja seurantatietoa ravitsemuksen osalta. RAI HC tarkastelee asiakkaan ravitsemustilaa seuraamalla asiakkaan painon ja BMI:n muutosta. Lisäksi ravinnon ja nesteen saannin muutosta tulisi selvittää haastatteleamalla ja tarkkailemalla asiakkaan päivittäisten aterioiden määrää, syödyn ruuan määrää ja eri ravintoaineiden käyttöä. Myös kykyä niellä normaali rakenteista ruokaa tai rakennemuokatun ruuan tarvetta selvitetään erikseen. (Finne-Soveri ym. 2006, 81-82.)

Fyysistä toimintakykyä mittaavissa IADL ja ADL osioissa selvitetään asiakkaan kykyä suoriutua ostoksilla käymisestä, aterioiden valmistamisesta ja ruokailusta. Esimerkiksi kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja lääkehoitoa käsittelevistä osioista taas voidaan saada tärkeää tietoa asiakkaan ali- ja virheravitsemuksen riskiin viittaavista tekijöistä. (Finne-Soveri ym. 2006, 90-91.)

4.4 Ravinnonsaannin tehostaminen

Ravitsemushoidon tulee perustua tietoon, sekä yksilöllisen ravitsemustilan selvittelyjen pohjalta saatavaan asiakastietoon. Ravitsemushoidolla turvataan riittävien energia ja suojaravintoaineiden saanti, mutta sillä voidaan myös vaikuttaa toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Ravitsemushoidon suunnittelussa otetaan huomioon ravitsemustila, lääketieteelliset ja eettiset tekijät sekä potilaan oma tahto. Virheravitsemuksen kohdalla pyritään vaikuttamaan ravitsemuksen puutteisiin, mutta aliravitsemuksen kohdalla oleellista on laadukkaiden energianlähteiden lisääminen ravitsemukseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 27, 255.)

Ruuasta ja ruokailusta voidaan parhaimmillaan saada mielihyvän tunteita ja mielekkäiden ruokailutilanteiden tulisikin toimia päivän rytmittäjänä. Ikääntyneiden tulisi nauttia vähintään runsas aamupala, lounas ja välipala kahvin tai teen kera sekä päivällinen ja iltapala riittävän energian saannin varmistamiseksi, koska kerralla nautitun ruuan määrä usein vähenee. Samalla vältetään liian pitkiltä paastoajoilta, jotka saattavat aiheuttaa heikotuksen tunnetta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 156.)

Mikäli syötävän ruuan määrä vähenee, tulee ravinnonsaantia tukea muilla keinoin. Ensimmäisistä on energian ja proteiinien saannin lisääminen. Energian lisäämisessä keinoina ovat tällöin ravintoainetiheyden lisääminen, ateriavälien tihentäminen tai välipalojen tarjoaminen. Ruokien energia, proteiini ja ravintoainepitoisuutta voidaan lisätä rikastamalla

nautittavaa ruokaa ja noudattamalla tehostettua ruokavaliota. Myös suosituksien mukaisesta ravitsemuksesta voidaan joustaa. (Pitkälä ym. 2012, 5268; Räihä 2012, 291-292.)

Ruuan rikastaminen voi tapahtua lisäämällä ruokaa hyvänlaatuista rasvaa, kuten salaattiin salaatikastiketta tai ruuan joukkoon muuta kasvipäristä rasvaa. Maitotuotteita, kuten kermaa ja maitoa voidaan käyttää tuomassa lisäenergiaa ja makua ruokiin. Ylipääntensä vältetään ruokavaliosta kevyttuotteiden käyttöä. Rasvalevitteet voivat hyvin olla 60-80% kasvirasvavalmisteita. Hiilihydraattien määrää voidaan suhteessa rasvoin ja proteiineihin hieman vähentää, jotta ruuan annoskoko pienenee. Maitotuotteet toimivat myös hyvinä välipaloina, rahkat ja jugurtit ovat energian lisäksi hyviä proteiinin lähteitä ja niihin voidaan tarvittaessa lisätä esimerkiksi proteiinijauheita. Muita hyviä välipaloja ovat esimerkiksi marjat, pähkinät tai lämpimät voileivät. Tehostetusta ruokavaliosta hyötyvät useat asiakasryhmät. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 36, 48; Pitkälä ym. 2012, 5268.) Suominen ym. (2012), mukaan ainakin laitospotilailla energia ja proteiinitehostettu ruokavalio on parantanut ravitsemustilaa, vähentänyt sairaalapäiviä ja komplikaatioita.

Mikäli edellä mainituilla keinoilla ei saada riittävää vaikutusta, tulee harkita lisäravinteiden käyttöön ottoa. Lisäravinteita on olemassa eri muodossa, kuten juomina, vanukkaina tai jauhemaisina. Lisäravinteita käytetään ehdottomasti ruokavalion tukena, esimerkiksi välipaloina, ei ruuan sijasta. Proteiini ja energia lisäravinteilla voidaan saavuttaa pientä, mutta merkittävää painonnousua. Etenkin iäkkäimmillä aliravituilla lisäravinteet voivat myös suojata kuolleisuudelta ja komplikaatioiden riskeiltä. (Milne, Potter & Avenell 2009, 10-12.) Lisäravinteilla, etenkin liikuntaan yhdistettynä positiivinen on nähty positiivisia vaikutuksia lihaskadon, eli sarkopenian hoidossa. (Nguyen 2013, 3).

Ikääntyneiden ravitsemushoidon tehostamisessa henkilökunnalta edellytetään riittävää tietoa ja usein myös moniammatillista yhteistyötä. On osattava huomioida lääketieteelliset vaikuttavat asiat taustalla, sekä huomioida ruokapalvelun, hoitotyön sekä ravitsemusterapian mahdollisuudet. Ikääntyvälle tulee tarjota rakenteellisesti sopivaa ruokaa, jotta syöminen helpottuu. Hieman pehmennetty ruoka on hyvä vaihtoehto, jolloin pureskelun positiiviset vaikutukset ovat kuitenkin tavoitettavissa. Arassa suussa miedot ja viileät ruuat tuntuvat parhaimmilta. Kokonaan soseutettuun tai nestemäiseen ruokaan siirtymistä suositellaan vain äärimmäisessä tarpeessa. Nesteitä taas voidaan tarvittaessa saostaa turvallisen nielemisen helpottamiseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 37-39.) Ruokahalua lisääviä lääkkeitä käytetään ikääntyvillä melko harvoin niiden mahdollisista haitoista ja ristiriitaisista tuloksista johtuen, joten ruokahalua tulee herätellä

muilla keinoin (Pitkälä ym. 2012, 5269). Toipuessaan akuutista sairaudesta tai toimenpiteestä ikääntynyt voi hyötyä myös muulla tavoin toteutetusta enteraalisesta tai parenteraalisesta ravitsemuksesta, vaikka ensisijainen keino ravitsemukselle on aina suun kautta, mikäli ruuansulatuskanava toimii. Muiden keinojen aloituksesta sekä hoidon jatkamisesta tulee aina neuvotella asiakkaan ja tarvittaessa läheisen kanssa sekä hyödyntää moniammatillista päätöksentekoa. (Suominen & Pitkälä 2012, 354-355.)

5 RAVITSEMUSHOITO KOTIHOIDOSSA

Kotihoidoksi kutsutaan sosiaali- ja terveyden huollon palvelut yhdistävää kokonaisuutta, jonka toimintaa ohjaavat sosiaalihuoltolain 19§ ja terveyden huoltolain 25§ sekä kansanterveyslaki. Keskeisessä osassa ovat myös laki ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista vuodelta 2013, ikäihmisten palveluiden laatusuosittukset 2008 ja 2017 sekä laki omaishoidontuesta. Ikääntyvien palveluiden laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta (Ikonen 2013, 22-27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Laatusuositus ohjaa kuntia kehittämään ikäihmisten palveluita paikalliset tarpeet ja voimavarat huomioiden yhteistyössä asiakkaiden ja heidän omaisten sekä kolmannen sektorin ja yksityisten palveluntuottajien kanssa, teknologian kaikkia mahdollisuuksia hyödyntäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; 2017.) Myös Turun kaupungin kaupunkistrategia 2029 korostaa kaupungin toiminnassa asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuuden lisäämistä palveluidensa suunnittelemisessa (Turun kaupunkistrategia 2029). Asiakaslähtöisyys, yhteistyö ja asiakkaiden osallistamisen ovatkin kotihoidon keskeisiä tulevaisuuden haasteita ja kehittämiskohteita (Tepponen 2009, 191,194; Hautsalo, Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki 2016, 10-11).

Kotihoidon palveluiden tuottaminen on kuntien vastuulla. Monissa kunnista kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut on yhdistetty. Yhdistymisellä on tavoiteltu mm. joustavampia ja laadukkaampia palveluja sekä kustannussäästöjä. Kotihoidon järjestämismallit, palvelukriteerit sekä palvelusisällöt vaihtelevat niin Suomessa, kuin Euroopan laajuuseltikin tarkasteltuna. Kotihoidon palvelut keskittyvät yhä enemmän henkilökohtaiseen avustamistyöhön ja muita palveluja on pyritty yksityistämään. Lisäksi on pyritty kehittämään erilaisia itsehoitoa tukevia järjestelmiä ja osallistamaan kolmatta sektoria sekä vapaaehtoistyötä kotihoidon tueksi. (Tepponen 2009; Genet ym. 2011, 2, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Seudullista yhteistyötä on lisätty, koska yhdistymisellä ja tiiviillä yhteistyöllä voidaan parantaa kotihoidon laatua ja poistaa päällekkäisyyksiä ja toiminta on näin tuloksellisempaa (Ikonen 2013, 29). Kuntien tuottaman kotihoidon rinnalle on lisäksi viime vuosina tullut lisääntyvästi yksityisiä palveluntuottajia. Osa kunnista myöntää palveluseteleitä kotihoi-

don palvelujen hankkimista varten yksityiseltä palveluntuottajalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Lisäksi omaishoitajat tarvitsevat kotihoidon tukea arjessa ja omaishoitoon liittyviä palveluita onkin pyritty lisäämään ja kasvattamaan (Ikonen 2013, 40-41).

5.1 Kotihoito

Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelyn mukaan kotihoito sisältää kotiin tuotavat henkilökohtaiset hoivan, hoidon ja sairaanhoidon, tarvittavat lääkäri, fysioterapia tai muut kuntouttavat palvelut, tukipalvelu sekä kodin ylläpitoon tarvittavat avut. (Ikonen 2013, 22; Väyrynen & Kuronen 2017, 2; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Turku 2017). Kotihoito käsittää myös ennalta ehkäiseviä palveluja, kuntouttavaa päivätoimintaa vanhainkohteissa tai palvelukeskuksissa ja tarvittaessa myös kotisaattohoidon palveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 27). Monien toimijoiden vuoksi työ edellyttää koordinoitavuutta palveluiden välillä ja yhteistyötaitoja moniammatillisessa tiimissä. Etenkin sosiaali ja terveydenhuollon toimiessa erillisinä organisaatioina ja palveluverkoston ollessa moninaisia toiminnan koordinoinnissa esiintyy haasteita. Yhdistyneessä kotihoidossa omahoitajuuden toteutuminen, moniammatillinen yhteistyö ja tiedonkulku mahdollistuvat helpommin. (Perälä, Grönroos, Sarvi 2006, 12, 34-37; Ikonen 2013, 28.)

Kotihoidon palvelut voivat olla säännöllistä tai tilapäistä kotihoitoa. Vuoden 2016 tilastojen mukaan 12% 75 -vuotiasta sai säännöllistä kotihoidon palvelua ja asiakkaiden saamien kotihoidon käyntien määrä on kasvanut. (Väyrynen & Kuronen 2017, 1-2.) Laatusuosituksen mukaan palveluiden piirissä tulisi olla 12-13% 75 -vuotta täyttäneistä. Kognitiivisia ongelmia on 2/3 kotihoidon asiakkaista ja määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. (Noro, Alastalo, Finne-Soveri & Mäkelä 2015, 3-4.) Ikääntyvien ja moninaisia pitkäaikaissairauksia sairastavien lisäksi kotihoidon asiakkaina on merkittävä määrä mielenterveys- tai päihdeongelmaisia sekä lisääntyvässä määrin myös maahanmuuttajia. Työ edellyttää monialaista osaamista ja työntekijöiden on oltava valmiita kohtaamaan työssään moninaisia tilanteita, tiedostamaan oma osaamisensa ja tekemään itsenäisiä ratkaisuja. (Heinola 2007, 22-23; Ikonen 2013, 42.)

Kotihoidon työntekijät ovat moniammatillinen ryhmä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, esimerkiksi sairaan- ja terveydenhoitajia, lähi- ja perushoitajia, kotiaavustajia ja kodinhoitajia, fysio- ja toimintaterapeutteja, mutta myös hoiva-avustajia, geronomeja tai sosionomeja. Laatusuositus 2017-2019 ottaa myös kantaa henkilökuntaresurssien mitoittamiseen ikääntyneiden turvallisten ja laadukkaiden palveluiden turvaamiseksi.

Etenkin geriatriasta osaamista tullaan kotihoidossa tarvitsemaan tulevaisuudessa yhä enemmän ja valmiutta ympärivuorokautisen hoidon tarpeen lisääntymiseen. Suositusten mukaan jokaiselle kotihoidon asiakkaille tulisi osoittaa niin sanottu vastuuhuoltaja, joka vastaa kyseisen asiakkaan palvelukokonaisuudesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 41). Kotihoidosta tehtyjen selvitysten mukaan asiakkaat kokevat vastuuhuoltajan oleelliseksi asiaksi oman hoitonsa jatkuvuuden ja asiakaslähtöisyyden takaamiseksi. Myös omaiset pitävät vastuuhuoltajaa tärkeänä ja turvallisuutta lisäävänä yhteistyökumppanina. (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Rantanen 2014, 3473-3475; Noro ym. 2015, 4; Hautsalo ym. 2016, 8-10.)

Kotihoidon palveluiden tulee perustua kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen arvioon, joka tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa asiakkaan ja läheisten voimavarat huomioiden. Asiakkaalla on oikeus saada riittävästi tietoa palveluista ja niiden järjestämisen vaihtoehtoista päätöksen teon tueksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 26; Ikonen 2013, 147-148; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Palvelutarpeen arvion pohjalta asiakkaalle laaditaan ensimmäinen hoito- ja palvelu-suunnitelma, jossa tulisi näkyä myös asiakkaan omat toiveet. Hoitosuunnitelma on lakisääteinen ja se tulee tehdä kirjallisesti. (FINLEX 1992, 2000.)

Hoitosuunnitelmaan perustuva kotihoito on käytännössä henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon liittyvää avustamista esimerkiksi hygienian ja ravitsemuksen hoidossa ja kodin hoitoon liittyvissä tehtävissä asiakkaan kotona. Hoitotyötä tulisi tehdä asiakkaan voimavaroja hyödyntäen. Lisäksi useimmat asiakkaat tarvitsevat sairaanhoidollisia palveluja, kuten apua lääkehoidossa tai sairauksien seurannassa tai hoidossa. Asiakkaat tarvitsevat usein apua myös apuvälineiden tai muiden palveluiden hankinnassa ja koordinoinnissa, sosiaalietuuksien haussa tai tukea muiden taloudellisten asioiden hoidossa. (Ikonen 2013, 177-180.)

Asiakkaan näkökulmasta keskeisiä tavoitteita hyvälle kotihoidolle ovat: elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakyky, terveys, tyytyväisyys elämään ja kotona asumisen mahdollistuminen. (Haverinen & Päivärinta 2002, 30-31, 35.) Koti merkitsee asiakkaalle usein itsestä elämää ja turvallisuutta. Auttamistyö kotona on tehtävä oikeudenmukaisesti, asiakkaan omia arvoja ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Oikeus hyvään kohteluun ja arvokkaaseen vanhuuteen tulee toteutua asuinpaikasta ja avun tarpeesta huolimatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 12-13; Ikonen 2013, 11.)

Kirjaaminen on tärkeä osa työtä kotihoidossa, jossa itsenäinen työskentely ja päätöksenteko korostuvat. Kirjaamista ohjaa asiakkaan hoitosuunnitelma, johon on kuvattu asiakkaanhoitotyön prosessi. Kirjaamisen tulisi olla laadukasta, näyttöön perustuvaa ja riittävän selkeää potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Siitä tulee käydä esille hoitotyössä tehty päätöksenteko, sekä asiakkaalle annettu ohjaus ja hoito. Kirjaamista ohjaavat myös lainsäädäntö sekä yhteiset valtakunnalliset kirjaamisen rakenteet. Kansallinen rakenteisen kirjaamisen malli ja FinCC (Finnish Care Classification) -luokituksen käyttöönotto ovat yhtenäistäneet kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen sisältää ennalta määriteltyt FinCC luokituksen otsikot ja hoitajan täydentävän kirjauksen vapaalla tekstillä. FinCC -luokitus sisältää sekä hoidon tarve-, toiminta-, että tuloluokituksen. (Heinola 2007, 26; Nykänen & Juntila 2012, 16-17.)

Erilaiset tekniset apuvälineet ovat yleistyneet kotihoidossa viimeisen 10 vuoden aikana niin asiakkaiden, kuin hoitajien turvallisuuden parantamiseksi, kuin hoitotyön laadun kehittämiseksi. Hoitajien käytössä kotikäynneillä olevat mobiilit nopeuttavat viestintää ja parantavat työntekijöiden tavoitettavuutta lisäten näin asiakastytyväisyyttä ja tehokkuutta. Reaaliaikaisen viestinnän avulla potilasturvallisuus lisääntyy tiedon kulkiessa saumattomasti eri toimijoiden välillä. Tavoitteena on, että mahdollisimman suuri osa työstä käytettäisiin asiakkaiden luona. Lisäksi järjestelmä antaa mahdollisuuden seurata ja ohjata hoitajien työtä tietokoneella suunnittelu, ohjausjärjestelmän ja raportointiohjelman avulla. (CGI 2017.)

5.2 Ravitsemushoidon keinot ja käytännöt kotihoidossa

Merkittävä osa hoidon ja palvelutarpeen arviota kotihoidossa on ruokailun ja ravitsemuksen arviointi. Yleisesti ravitsemushoidon keinoina pidetään vajaaravitsemuksen riskin seulontaa, ravitsemusohjausta, yksilöllistä ravintoaineiden tarpeiden arviointia, ruuan saannista sekä ruokailusta huolehtimista, ravitsemustilan seurantaa sekä moniammatillista yhteistyötä. Myös riittävästä nesteensaannista huolehtiminen on osa tätä. Kotihoidossa korostuu lisäksi se, miten ostosten teko, ruuanvalmistus, aterioiden valmistaminen sujuvat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a 21; Räihä 2012, 354.)

Jokaisen kotihoidon työntekijän tehtävänä on seurata asiakkaiden ravitsemuksen toteutumista ja arvioida asiakkaiden ravitsemustilaa säännöllisesti, jotta asiakkaalle voidaan järjestää tarvittavat palvelut asiakkaan voimavarat huomioiden. Asiakkaan ravitsemusti-

lan seurannassa käytetään organisaation ohjeita ja olemassa olevia mittareita sekä kotikäynneillä tapahtuvaa ympäristön huomiointia. (Päivärinta & Haverinen, 2002, 82-84; Suominen & Pitkälä 2010, 355; Ikonen 2013, 224-226.)

Ravitsemusohjauksessa on oleellista, että hoitajalla on riittävästi tietoa ravitsemuksesta ja asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta. Ikääntyvälle on hyvä kertoa ikääntyvälle heikon ravitsemustilan merkityksestä toimintakyvylle ja kotona selviytymiselle tai esimerkiksi haavan paranemiselle. Ohjauksen tulisi olla riittävän havainnollista ja käytännönläheistä, jotta asiakkaan on helppo omaksua asia. Hoitaja motivoi asiakasta muutoshalukkuuteen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 62.) Vahvat todisteet tukevat sitä, että ravitsemusohjauksella voidaan vaikuttaa terveydentilaan, elämänlaatuun sekä kognitiivisten toimintojen säilymiseen. Ja mitä monipuolisempia ravitsemusta tukevat toiminnot (ohjaus, ravinnon saannin tukeminen erilaisten palveluiden avulla, lisäravinteet) ovat, sitä parempiin tuloksiin päästään. (Suominen, Puranen & Jyväkorpi 2013, Ngandu ym. 2015, 2261; Milte & Mc Naughton 2016, 444; Schultz ym. 2016, 286).

Kotihoidon palvelut tulisi ajoittaa niin, että tarvittaessa niillä tuetaan asiakkaan päivittäisten aterioiden toteutumista ja säännöllistä ateriarytmiä, mutta tarvittaessa myös syömis seuranta. Etenkin muistisairaille ruuan hankintaan, syömis seurantaan ja keittiön turvallisuuteen liittyvät asiat korostuvat. Muistisairaille heikentynyt ajantaju, haju- ja makuaistit johtavat herkästi tilanteeseen, että asiakas yksinkertaisesti unohtaa syödä ja juoda. Koska nälän tunnetta ei ole asiakas kieltäytyy herkästi tarjotusta ruuasta. Muistisairaille tulisikin tarjota ruokaa aina, vaikka he eivät kokisikaan itseään nälkäisiksi. Tilanteiden ratkominen positiivisessa hengessä ja selvittäminen edellyttää hoitajilta osaamista. Asiakkaiden tapojen tuntemisesta ja kiireettömästä ilmapiiristä on apua. Myös ravitsemukseen liittyvä hygienia saattaa heikentyä, jos asiakas ei esimerkiksi muistin, toimintakyvyn tai näön ongelmien vuoksi pysty varmistamaan elintarvikkeiden tuoreutta. (Suominen & Pitkälä 2010, 356-357; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 217-220.) ESPEN (2015) suosituksissa muistisairaiden ravitsemuksesta korostetaan asiakkaan mieltymysten huomioimista ruuissa, ruokailutilanteiden mielekkääksi tekemistä ja säännöllisen seurannan tärkeyttä. Mitään erityisiä ravintolisiä ei suositella, mutta lisäravinteita voidaan käyttää ravitsemusta täydentämässä.

Ikääntyneet hyötyisivät useammista pitkin päivää toteutuvista aterioista ja ruokahalu on usein parempi aamupäivällä, kuin illalla. Yöaikainen paasto ei saisi ylittää 11 tuntia. Välipaloja voidaan jättää asiakkaille helposti saataville kotikäyntien väleillä nautittavaksi.

Välipaloista voidaan saada yli 10% päivittäisestä energiasta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 28, 33.) Ruokailutilanteiden muodostumiseen positiiviseksi voidaan pyrkiä vaikuttamaan huomioimalla ympäristöä. Ruuan houkutteleva esille laitto ja ruuan lämmityksestä syntyvät tuoksut voivat herättää ruokahalua, etenkin jos asiakasta itseään osallistetaan osallistumaan aterian valmistukseen. Muistisairaiden kohdalla tulee kuitenkin välttää liian monia herätteitä yhdellä kertaa. Kotihoidossa useimmat asiakkaat aterioivat yksin, eikä tähän ole helppoja ratkaisuja. Osa saattaa hyötyä musiikista tai radion äänestä taustalla yksinäisyyttä helpottamassa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 35-36; Suominen & Pitkälä 2010, 355; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a; 33.)

Päivittäinen liikunta ja ulkoilu vaikuttavat positiivisesti ruokahaluun. Kotihoidon tehtävänä on muistuttaa ja tukea asiakkaiden säännöllistä liikkumista ja ulkoilemista tästäkin näkökulmasta. Sekä toimintakyvyn ylläpidon, että ravitsemuksen näkökulmasta onkin huolestuttavaa, että kotona asuvien ikääntyvien päivittäinen ulkoileminen on vähentynyt, vaikka toimintakyky on kaikissa ikääntyvien ikäluokissa hieman parantunut ja ulkona liikkumisen ongelmia raportoitiin vähemmän. (Helldän & Helakorpi 2014, 18-21; Karppinen, Pitkälä, Kautiainen, Tilvis, Valvanne, Yoder & Strandberg 2017, 282.) Liikuntakyvyn heikkeneminen ja ulkona liikkumisen vaikeutuminen taas vaikeuttavat kaupassa asiointia ja sitä kautta hankittavien elintarvikkeiden määrä ja vaihtelevuus usein heikkenevät. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointia selvittäneen raportin mukaan ostosten hankinta kotiin oli yleisin ruokaa liittyvä ongelma toimintakyvyn rajoitteiden vuoksi. Osalla läheiset auttoivat ostosten teossa ja osa tarvitsee siihen ulkopuolista palvelua. (Aldén-Nieminen ym. 2009, 45.) Samankaltaisia tuloksia sai myös (Valta 2008, 197), jonka tutkimuksessa ainoastaan 10% kotihoidon asiakkaista suoriutui täysin itsenäisesti ostosten teosta.

Kotihoito auttaa asiakkaita kauppatilausten teossa ja elintarvikkeiden valinnassa. Ohjauksella voidaan tukea esimerkiksi täysjyväkuitujen, laadukkaiden rasvojen ja proteiinipitoisten tuotteiden hankintaa. Myös valmisaterioissa on hyviä vaihtoehtoja ja niitä voidaan vielä valmistuksen yhteydessä muokata mielekkäämmiksi. Jossain määrin kotihoito voi myös toimia asiakkaan apuna kaupassa käynnissä, mikäli asiakas pystyy tuen avulla asioimaan kaupassa ja kauppa sijaitsee kodin lähistöllä. Asiakkaita voidaan myös yhteiskuljetuksella kuljettaa sovittuina päivinä kauppaan, mikäli asiakas pystyy itse vielä suorittamaan ostoksensa kaupassa. Niin kauan, kun asiakas pystyy liikkumaan kodin ulkopuolella vaihtoehtoina pitää muistaa myös erilaiset ruokailumahdollisuuden kodin lä-

histöllä ja helppojen kulkuyhteyksien päässä. Kotihoidon tehtävänä on kannustaa asiakkaita kokeilemaan eri vaihtoehtoja. (Suominen & Pitkälä 2010, 354-355; Ikonen 2013, 134, 228; Turku 2017.)

Osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee apua päivittäisten aterioiden valmistamisessa, eikä se kuulu yleensä enää kotihoidon toimenkuvaan. Vallan (2008, 197) mukaan 25% asiakkaista selviytyi aterioiden valmistuksesta täysin itsenäisesti ja 15% tarvitsi siihen täyden avun eikä osallistunut siihen lainkaan. Ateriapalveluiden tarve kasvaa iän myötä. 65 vuotta täyttäneistä 2% ja yli 80-vuotiaista 13% oli ateriapalvelun piirissä. Myös miessukupuolella, yksin asumisella ja alemmalla koulutustasolla on yhteyttä ateriapalveluiden käyttöön. (Aldén-Nieminen ym. 2009, 45, 65.)

Kotiin tuotava valmis ateria kattaa noin 1/3 päivittäisestä ravinnontarpeesta. Ateriapalvelun tuottamisen tavat vaihtelevat. Kylmien aterioiden rinnalla saattaa olla tarjolla lämpimänä toimitettuja aterioita tai palvelua saatetaan järjestää niin, että ikääntynyt käy noutamassa aterian sovitusta paikasta itselleen. Myös Menuumat ateria-automaatti on yleistynyt ateriantuottajana ikääntyville. Kyse on laitteesta, joka voi ajastettuna lämmittää sisältämänsä pakastetun ruuan sovittuun aikaan. Ruokien lataus automaattiin tapahtuu esimerkiksi viikoittain ja aterioiden valinnan asiakas saa tehdä itse. (Suominen & Pitkälä 2010, 354-355; Ikonen 2013, 134, 228; Turku 2017.) Perinteisestä poikkeava ateriapalvelu, sisältäen kolme pääateriaa ja kaksi välipalaa, kuulostaa toimivalta vaihtoehdolta joidenkin asiakkaiden kohdalla. Tämän kaltaista palvelua voisi kokeilla laajemminkin, koska kuuden kuukauden seurannassa tehostetun ateriapalvelun saajien painossa sekä MNA –tuloksissa on havaittu positiivisia muutoksia. (Kretser, Voss, Kerr, Cavadini & Friedmann 2003, 333, 336.)

Ruuan hankinnan ja aterioiden valmistamisen lisäksi kotihoito avustaa asiakasta tarvittaessa myös syömisessä. Muistisairailakin kyky itsenäiseen syömiseen on yksi pisinpääsäilyvistä ominaisuuksista. (Laukkanen & Pekkonen 2013, 305.) Jos asiakas tarvitsee apua syömisessä, oleellista on riittävän ajan järjestäminen ja rauhallisen tilanteen luominen. Asiakkaan tulee tietää mitä ruokaa hänelle tarjotaan sen muodosta riippumatta. Myös ruokailuasennon on oltava hyvä turvallisen aterioinnin varmistamiseksi. (Ravitsemusneuvottelukunta 2008, 40; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 29.) Lisäksi huolehditaan ruuan rikastamisesta, ruokavalion tehostamisesta ja lisäravinteiden käytöstä sovittujen ohjeiden mukaisesti.

Ravinnon saannin turvaamisen ohella suun ja hampaiden terveyden ongelmien tunnistaminen kuuluu myös kotihoidon tehtäviin. Nämä ongelmat tuleekin muistaa sulkea pois, mikäli asiakkaan ravitsemustila tai halu syödä heikkenee. Yhä useammilla ikääntyvillä on omia hampaita suussa, joten suun hoidossa tarvitaan erilaista ohjausta ja kannustusta. Hampaiden säilyttämistä pitää vaalia, koska rakennemuutettuun ravitsemukseen siirtyminen vaikuttaa usein ravitsemustilaan heikentävästi. Kotihoidon tulisi olla tietoinen asiakkaan suun terveydentilasta ja ohjata hänet tarvittaessa asiantuntevaan suun terveydenhuoltoon ja katsoa, että asiakas saa hänelle rakenteeltaan sopivaa ruokaa. (Suominen 2008, 472; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a 45-46.)

Oikeanlaiset ruokailuvälineet sekä riittävä valaistus taas helpottavat ruuan syöntiä. Toimintaterapeutit valmistavat yksilöllisiä apuvälineitä, mutta apuvälineliikkeidenkin valikoimat ovat parantuneet. Keittiön turvallisuutta voidaan parantaa teknisiä apuvälineitä hyödyntämällä. Helposti saatavilla nykyaikana ovat esimerkiksi ajastus toiminnoilla toimivat sähkölaitteet, kuten hellat tai kahvinkeitin sekä erilaiset hellavahdit. Apuvälineiden avulla voidaan tukea asiakkaan omien voimavarojen käyttöä turvallisuutta vaarantamatta. (Ikonen 2013, 179.) Monisairaiden kotihoidon kohdalla tilanteet saattavat muuttua äkillisesti ja avun tarve kasvaa väliaikaisesti esimerkiksi tapaturman tai sairastumisen vuoksi. Kotihoidon tulee tunnistaa myös nämä tilanteet ja reagoida niihin tarvittavia palveluja lisäämällä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 41; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 45-46, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 72.)

Asiakkaiden taloudelliset tilanteet ovat erilaisia ja nämä saattavat vaikuttaa ruokavalioon ja tarpeellisten palveluiden järjestämiseen (Räihä, 2012, 290; Salo 2012, 94). Kotihoidon onkin hyvä olla tietoinen, onko asiakas ruuan lisäämisestä keskusteltaessa vain tapoihinsa piintynyt tai pihi, vai onko taustalla toimeentulon ongelmia. Pienituloisuus ei kuitenkaan saisi olla hyvän ravitsemuksen esteenä, vaan silloin on autettava asiakasta esimerkiksi toimeentulotuenhankinnassa tai ohjattava sosiaalityöntekijän avun piiriin.

Ravitsemusohjauksen tarve korostuu, jos ikääntyvällä on tai hänellä todetaan jokin erityisruokavalion tarve. Tavoitteena on, että erityisruokavalio ei heikentäisi ravitsemustilaa tai asiakkaan elämänlaatua. Kotihoidon työntekijöillä tulisi olla osaamista perusruokavalioiden, kuten laktoosi-intoleranssin, keliakian tai suoliston toiminnallisten ongelmien hoidon toteuttamisesta ja ohjaamisesta. Mutta tärkeää on muistaa, etenkin jos ongelma on uusi hyödyntää organisaation moniammatillista osaamista. Kuten aiemmin on mainittu monilääkitys ja lääkehoitoon liittyvät ravitsemusongelmat ovat kotihoidon asiakkailta yleisiä. Hoitajilta tulisi olla osaamista arvioida asiakkaiden tilan muutoksia lääkemuu-

yhteydessä, joka vaatii kokonaisnäkemyksiä asiakkaan tilanteesta. Lisäksi tulisi pystyä vielä huomioimaan ruokailun ja lääkkeiden oton ajankohtien yhteensovittaminen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008, 42-45, 76-81; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 37.)

Luonnollisesti myös ravitsemushoidossa päästää usein parhaimpaan tulokseen, kun hoidon suunnittelussa kuullaan asiakasta ja hänen toiveitaan ja mieltymyksiään. On kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta kieltäytyä hoidosta. Nämä tilanteet korostuvat usein silloin, kun ruuan nauttiminen normaalisti suun kautta ei ole mahdollista. Maahanmuuttajien lisääntyessä myös kotihoidon asiakkaina tulee muistaa myös uskontoon tai muuhun eettiseen vakaumukseen liittyvät rajoitteet ravitsemuksessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 27, 37-38.)

5.3 Ravitsemushoidon kehittäminen

Myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla organisaatioilta edellytetään jatkuvaa kehittymistä ja osaamisen vahvistamista. Velvoite on kirjattu Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksiin (2013 ja 2017) sekä lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveyspalveluista. (FINLEX 2012.) Kehittämistyötä voidaan tehdä organisaatioissa moni tavoin ja sen tuleekin olla osa organisaation jatkuvaa toimintaa. Kehittämistarpeet voivat nousta ympäristön tai yhteiskunnan tuomista velvoitteista, väestön odotuksista ja tarpeista tai organisaatio sisältä tunnistetuista kehittämistarpeista. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppälä 2014, 10-11.) Toiminnan kehittämistä varten on hyödynnettävissä erilaisia malleja. Työskentelyn pohjana tulee käyttää aina parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa asiasta, kehittämisympäristöstä ja sen resursseista sekä ajankohtaista asiakastietoa. (Rycroft-Malone, Harvey, Seers, McCormack & Titchen 2004, 922; Holopainen ym. 2014,17; Anttila, Kärki, Wickström-Grotell & Kettinen 2015,17-20.)

Erilaiset vertailutiedot sekä tarve kustannusten hallintaan haastavat organisaatioita kehittämään toimintaansa. Toimintamallien ja hyvien käytäntöjen levittäminen niin sanotun vertaiskehittämisen avulla on lisääntynyt. Organisaatioiden toiminnan kehittämisessä vaaditaan vahvaa suunnitelmallisuutta ja johdon tukea, mutta myös henkilökunnalta motivaatiota ja halua kehittää omaa toimintaansa. Esteinä uuden tiedon käyttöönotossa ja toiminnan kehittämisessä koetaan olevan, mikäli tiedon koetaan olevan liian vaikeasti käytäntöön hyödynnettävässä muodossa tai tietoa ei osata / ehditä etsiä, organisaation

ei koeta tukevan uusien toimintojen kehittämistä riittävästi resurssien avulla tai kehittämistoiminta koetaan asenteellisesti turhaksi. (Rycroft- Malone ym. 2004, 915; Holopainen ym. 2014, 38, 83-84.) Merkittävien muutosten ja vaikutusten aikaansaaminen edellyttää myös jatkuvuutta, pitkäaikaista toiminnan tukemista ja seurantaa (Viitala 2006, 225, 86-87; Holopainen ym. 2014, 116-117).

Koska henkilöstö on yksi merkittävimmistä voimavaroista, henkilöstön osaamisen jatkuva kehittäminen on oleellista. Osaamisen kehittäminen onnistuu parhaiten, mikäli henkilökuntaa pystytään sitouttamaan mukaan kehittämistyöhön. Näin henkilökunnalle syntyy kokemus mahdollisuuksista vaikuttaa työhönsä. Tällä on myös todettu olevan myös merkittävä vaikutus henkilöstön työhyvinvointiin ja työhön sitoutumiseen, jotka ovat edellytyksiä työssä jatkamiselle. (Rycroft- Malone ym. 2004, 915-916; Viitala 2006, 305.)

Tutkimusten mukaan hoitajien on vaikea tunnistaa aliravitsemusta riittävän varhaisessa vaiheessa (Suominen 2007, 44). Myös Salon (2012, 135, 137, 161-163) mukaan hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta ikääntyvien ravitsemuksesta, haasteellisissa tilanteissa toimimisesta sekä ravitsemustilanseuraamisesta ja aliravitsemuksen hoidossa. Lisäksi toivottiin koulutuksen olevan säännöllistä, vähintään vuosittaista.

Turussa Mattisen (2007, 15, 17) kaupungille toteuttaman kyselytutkimuksen mukaan silloisen kotipalvelun ja hoivasairaanhoidon perus ja lähihoitajat kokivat tarvitsevansa ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta eniten kihdin, vatsavaivojen, syömisen ja nielemisen ongelmien, osteoporoosin sekä diabeteksen hoidossa. Asiakkaalle annetun neuvonnan potilasasiakirjoihin kirjasi 62% vastaajista. Tieto sisälsi kuitenkin lähinnä ilmaisun siitä, että ohjausta oli annettu, eikä tietoa ohjauksen sisällöstä.

Vuosien 2012 ja 2014 aikana toteutettiin Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä monipuolisesti ikääntyvien ravitsemushoitoa käsittelevää tutkimusklubi -toimintaa. Tutkimusklubien tavoitteena oli vahvistaa ravitsemustilan säännöllisen arvioinnin ja yksilöllisen suunnittelun osaamista, jossa luotettavilla arviointimenetelmillä ja kirjaamisella on suuri merkitys hoidon seurannassa, arvioinnissa ja tiedon välityksessä myös moniammatillisesti. (Kiviniemi, Ritvanen & Ylönen 2016, 23-30.)

Myös vuoden 2015 aikana Turussa kotihoidossa käyttöönotettu RAI HC -arviointijärjestelmä on tuonut merkittävästi uusia näkökulmia asiakkaiden ravitsemuksen, sekä siihen vaikuttavien tekijöiden seurantaan. RAI - arvioinnin ohella säännölliseen käyttöön tullut MNA seuloo asiakkaita ne, joiden ravitsemustilaan tulee puuttua. Arviointien teko edellyttää koulutusta ja harjaantumista, jotta tulokset ovat luotettavia. Oleellista on myös se,

mitä arviointitiedoilla tehdään, eli selvitetäänkö tarkemmin ravitsemusongelman laatu, tehdään yksilölliset ja tavoitteelliset ravitsemushoidon suunnitelmat joita myös käytännössä toteutetaan. RAI -arviointien teossa organisaatiossa ollaan vielä harjaantumisen vaiheessa, mutta mahdollisuudet asiakkaiden ravitsemustilaan vaikuttamiseksi tämänkin avulla ovat olemassa.

Kesällä 2017 hyvinvointitoimialan ravitsemustoimikunta julkaisi ravitsemushoidon käsi-kirjan, josta löytyy tietoa ja apuvälineitä ravitsemustilan arvioimiseen ja ravitsemushoidon tueksi. Hoitajien työskentelyn tueksi ja ohjeistukseksi on myös olemassa organisaation omia ohjeistuksia esimerkiksi ravitsemushoito suunnitelman kirjaamisesta ja ravitsemusterapeutin konsultoinnista.

6 TYÖPAJAT OSANA KEHITTÄMISPROJEKTIA

Työpajat otettiin mukaan kehittämisprojektiin, jotta tutkimuksellisen osion asiakasnäkökulman lisäksi saataisiin osallistettua henkilökuntaa kehittämisprojektiin. Työpajoista halettiin myös kerätä tietoa henkilökunnan ajatuksista ravitsemukseen liittyvien asioiden koulutus ja kehittämistarpeista organisaatiossa. Lisäksi päivitettiin henkilökunnan ravitsemushoidon osaamista.

Työpajojen suunnittelu

Kehittämisprojektin työpajojen järjestämisestä sovittiin ja niille saatiin lupa kotihoidon hallinnolta. Työpajat päätettiin järjestää samoilla alueilla, joilta tutkimuksellisen osion aineisto oli saatu, eli kyseisillä alueilla oli tehtyjen MNA -arvontien perusteella keskimääräistä enemmän ali- tai virheravitsemuksen riskissä olevia asiakkaita.

Projektipäällikkö oli alueiden varmistumisen jälkeen yhteydessä valittujen kotihoidon alueiden palveluesimiehiin. Työpajojen ajankohdasta sovittiin alueiden palveluesimiesten toiveiden mukaan. Myös muutamia muutoksia jouduttiin tekemään, alueiden akuuteista tilanteista johtuen. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni alueen työntekijöistä pystyisi osallistumaan työpajoihin, jonka vuosi työpajojen ajankohta sijoittui iltapäivään. Työpajoihin kutsuttiin alueen koko henkilökunta. Työpajoja edeltävästi alueille oli myös lähetetty palveluesimiesten kautta sekä tutkimustiedote (liite 1), että tiedote työpajoihin osallistuville (liite 2).

Työpajoja varten tutustuttiin työpajatoiminnan mahdollisuuksiin ja lähtökohtiin. Keskeiseksi toiminta-ajatuksiksi valittiin pyrkimys soveltaa dialogisen keskustelun periaatteita. Työpajojen vetäjä perehtyi tähän itse työpajoja suunnitellessa. Työpajojen henkilökuntaa ei pystytty ennen työpajoja tilanteeseen erityisesti valmistamaan. Työntekijöitä kuitenkin kannustettiin avoimeen ja aktiiviseen vuorovaikutukseen työpajojen aikana. Dialoginen keskustelu perustuu tasa-arvoiseen, kunnioittavaan vuorovaikutukseen ja osallistumiseen. Vuoropuhelun avulla osallistujat oppivat aktiivisesti yhdessä ja tullaan tietoisiksi niin omista kuin muidenkin ajatuksista. (Lehtimäki, Stolt & Salminen 2011, 6-7.) Tavoitteena on ymmärtää erilaisia näkemyksiä ja jakaa omia ajatuksia luottamuksellisessa ilmapiirissä muiden mielipiteitä kunnioittaen. Tavoitteena ei ole etsiä sitä, kuka on eniten oikeassa tai väärässä. Oleellisessa osassa on toisten näkökulmien kuunteleminen. (Grönvall, Heikkilä, & Salminen 2014, 80-84.)

Osa työpajoista toteutettiin case-työskentelynä, jota on pidetty hyvänä oppimisen muotona sosiaali- ja terveysalalla. Case-työskentely edellyttää ohjaajalta hyvää valmistautumista ja asiantuntemusta asiasta sekä osallistujilta aktiivisuutta. Menetelmä kehittää osallistujien ongelmanratkaisukykyä, kriittistä ajattelua ja yhteistyötaitoja, mutta myös auttaa yhdistämään teoriaa käytäntöön. (Hanhilampi, Heikkilä & Salminen 2014, 11-14.) Case-työskentelyssä esimerkiksi tapauskuvausta tai todellista esimerkkiä käytetään motivoimaan uuden asian opetteluun. Case voi olla esimerkiksi teksti, tilannetta kuvaava videoleike, äänitiedosto tai vaikkapa lehtiartikkeli, joka liittyy opeteltavan asian todellisiin kysymyksiin. Näitä voidaan käyttää tuomassa sisältöä (johdatus aiheeseen), ongelman asettelun pohjana (käytännön ongelma), tietolähteenä (havainnointi tai vertailu), tiedon tuottamisessa (omien casien tuottaminen) tai reflektoinnissa (omien tietojen ja taitojen peilaaminen). Työskentelyllä on todettu voitavan lisätä tehokkuutta, itseohjautuvuutta, yhteistyökykyä ja kollegiaalisuutta. Se on myös motivoivaa käytännön läheisyytensä vuoksi. (Hanhilampi, Heikkilä & Salminen 2014, 11-14.)

Työpajojen sisällön valmistelusta vastasi projektipäällikkö kehittämisprojektin taustaselvitykseen pohjautuen. Työpajojen sisältö jakautui kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa käytiin PowerPoint esityksen tuella läpi ikääntyneiden ravitsemushoidon suosituksia, ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteitä ja haasteita. Lisäksi tarkasteltiin ali- ja virheravitsemuksen riskiryhmiä, merkkejä ja ravitsemushoidon keinoja, sekä organisaation omia ravitsemushoitoon liittyviä ohjeistuksia.

Työpajojen toinen osio toteutui case-työskentelynä. Tutkimuksellisen osion aineistosta valittiin kolme erityyppistä case-asiakasta, joilla kaikilla oli aineiston mukaisesti ali- tai virheravitsemuksen riski. Case aineistona toimi asiakkaiden nimettömät RAI HC raportit ja MNA -arvioinnit. Case-asiakasta käsittelivät kolmea erityyppistä tapausta. Iäkästä yksin asuvaa miestä, jonka keskeisin avun tarpeen syy on muisti-sairaus, iäkästä yksin asuvaa nivelvaivojen vuoksi pyörätuolilla liikkuvaa naista, jolla on iho-ongelmia sekä puolisonsa kanssa asuvaa naista, jolla on kaatumisen vuoksi lievä aivovamma ja lisäksi taustalla lievää mielialan ongelmaa sekä aikaisempaa alkoholin käyttöä.

Työpajojen toteutus

Työpajat järjestettiin kotihoidon lähipalvelualueiden työtiloissa. Projektipäällikkö vastasi myös tarvittavan laitteiston hankinnasta. Työpajoihin osallistui vaihteleva määrä henkilökuntaa. Ensimmäisessä työpajassa osallistujia oli 15, toisessa parhaimmillaan 10 ja kol-

mannessa 11. Muutamia palautteita osallistujilta jäi saamatta henkilöiltä, jotka osallistui-
vat työpajaan vain osittain. Keskustelua ja kysymyksiä syntyi jokaisen työpajan aikana
melko hyvin, mikä oli positiivista. Työpajoista jäi päällimmäiseksi kokemus, että myös
hoitajilla on selkeä huoli asiakkaiden ravitsemuksesta ja monenlaisia ongelmia pystyttiin
tunnistamaan. Hoitajat kokivat ajoittain haasteelliseksi puuttua asiakkaan tilanteeseen,
mikäli asiakas ei syystä tai toisesta halunnut tilanteeseen muutosta tai pystynyt ymmär-
tämään sitä. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta omassa kodissaan haluttiin myös kunni-
oittaa mahdollisimman pitkään. Omaisia pidettiin tärkeinä yhteistyötahoina ja yhteistyötä
kaivattiin enemmänkin. Osittain taas näkökulmat ravitsemukseen liittyvistä asioista saat-
toivat olla omaisten kanssa hyvinkin eriäväiset.

Case -työskentelyssä ohjeistettiin ryhmiä laatimaan case -asiakkaalle saatavilla olevan
tiedon perusteella ravitsemushoidon suunnitelma kuvaten hoitotyön tarve, tavoite ja toi-
minnot ja selvitettävät asiat. Ryhmät saivat noin 30 minuuttia aikaa arvioida ja työstää
asiaa. Työskentelyn jälkeen ryhmät vuorotellen kuvasivat asiakas casen ja työstämänsä
suunnitelman toisilleen, jonka jälkeen oli mahdollisuus kommentoida ja pohtia yhdessä
asioita. Kehittämiprojektin vetäjä toimi työpajassa toiminnan koordinoijana.

Työpajojen lopuksi kerättiin palautetta projektipäällikölle työpajojen sisällöstä ja työsken-
telytavoista sekä hoitajien ajatuksia kotihoidon ravitsemushoitotyön keskeisistä haas-
teista, koettuja koulutus- ja kehittämistarpeita ja ravitsemushoidon kehittämiseen liittyviä
ideoita. Työpajoista toivottiin myös jatkokehittämisasiheita esimerkiksi koulutuksia tai pal-
veluiden kehittämistä varten. Saatua palautetta ei tarkastella tutkimuksellisessa osiossa,
mutta se on huomioitu toimintamallia kehitettäessä. Koottu tieto luovutetaan myös yh-
teistyöorganisaatiolle tiedoksi kehittämisprojektin loputtua.

Jokaisessa työpajassa keskusteltiin jossain vaiheessa ateriapalvelun käytöstä, sekä asi-
akkaiden, omaisten ja henkilökunnan mielipiteistä ja havainnoista ateriapalvelun ruokien
laadusta ja koosta. Todettiin, että mielipiteet vaihtelevat. Työpajoissa tehtyjen muistiin-
panojen mukaan muita keskeisiä keskustelun aiheita olivat:

1. työpajassa muistisairaat asiakkaat, joiden ravitsemusta oli haastava seurata ja arvioi-
da. Asiakkaiden on vaikea sopeutua muutoksiin, vaikka hoitajat havaitsivat ravitsemuk-
sessa ongelmia ja myös taloudelliset haasteet nousivat esiin useamman asiakkaan koh-
dalla. Lisäksi keskusteltiin omaisyhteistyön haasteista ja tärkeydestä.
2. työpajassa keskeisin puheenaihe oli hoitajien kokemus riittämättömyydestä. Monilla
oli kokemus, että ongelmat olivat pitkäaikaisia, eikä muutosta oltu syystä tai toisesta

saatu aikaiseksi. Ravitsemusongelmia tunnistettiin, mutta koettiin haasteelliseksi puuttua niihin. Lisäksi kaivattiin lisää tiimin sisäistä kommunikointia, yhteisiä toimintamalleja ja sitoutumista yhteisiin työskentelytapoihin. Työpajassa keskusteltiin myös lisäravinteiden käytöstä ja valinnasta.

3. työpajassa nousivat selvästi enemmän esille erilaiset palveluverkostot, myös yksityiset kauppa- ja ateriapalvelut sekä niiden kotiin kuljetukset. Lisäksi pohdittiin kolmannen sektorin osuutta elämyksien tuottajina, esim. asiakkaan kanssa ulkona syömässä käyminen. Yksityisiä ravitsemuspalveluja oli alueella myös hyödynnetty, mutta koettiin että niitä voitaisiin hyödyntää vieläkin enemmän.

7 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

Kehittämisprojektissa tavoitteena on asiantuntijuuden kehittymisen ja projektiosaamisen ohella kehittää kykyä tiedon tarkastelemiseen ja soveltamiseen eri menetelmin. Soveltavan tutkimuksen osiossa tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden RAI HC sekä MNA -arviointeja sekä tilastollisin tunnusluvuin, että laadullisin menetelmin. Eri näkökulmat toimivat parhaimmillaan toimia toisiaan täydentävinä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 136-137). Aineistosta saadut tilastolliset tunnusluvut kertovat fakta-tietoa ja laadullinen aineisto antaa siihen lisää sisältöä. (Grönroos 2011, 17-18).

7.1 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osion tarkoituksena oli kartoittaa minkälaisen kuvan ikääntyvien Turun kaupungin kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen ongelmista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä saa ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevien asiakkaiden RAI HC ja MNA -arviointien perusteella. Tavoitteena oli tarkastella, vastaavatko saadut tulokset taustaselvityksen pohjalta saatua kuvaa ikääntyvien ravitsemusongelmista sekä kehittää ravitsemushoitoa kotihoidon organisaatiossa. Kuten yleensä, tarkoituksella kuvataan aihealuetta ja tavoite johdattelee siihen mihin työllä pyritään. Samat asiat on kuvattu myös tutkimuskysymysten muodossa, jotka auttavat rajaamaan aihetta ja tiedonkeruuta. (Hirsjärvi ym. 2015, 126, 146-147; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65, 75; Tuomi & Sarajärvi 2009, 157.)

Soveltavan tutkimuksen osiota ohjaavia tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Minkälainen on Turun kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila suhteessa yleiseen tietoon ikääntyvien ravitsemuksesta?
2. Mitkä tekijät ovat kiinteässä yhteydessä ali- ja virheravitsemuksen riskiin?
3. Mitkä ovat hoitajien kuvaamia hoitotyön auttamiskeinoja kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidossa?

7.2 Menetelmät

Tutkimuksellisessa osiossa menetelminä käytettiin sekä tilastollisia tunnuslukuja, että laadullista menetelmää. Tilastollisia menetelmiä voidaan käyttää ainakin kartoittavassa, selittävässä tai kuvailevassa tutkimuksessa. Sen avulla voidaan myös pyrkiä selittämään syy-seuraussuhteita. Työtä helpottaa, kun aihealue ja siihen liittyvät teoriat tunnetaan hyvin ja käsitteet on määritelty tarkasti. Tähän on pyritty kattavan taustaselvityksen avulla. Tilastolliseen analyysiin pyrittäessä on tyypillistä, että aineiston keruu tapahtuu erilaisten lomakkeiden, kyselyiden avulla tai vaihtoehtoisesti voidaan käyttää myös valmiita aineistoja, kuten tilastoja tai rekisterejä. Kuten tämän työn aineistona käytettävä RAI HC ja MNA -aineisto, tilastollisen tutkimuksen aineisto on usein melko strukturoitua ja avoimia kysymyksiä esitetään vähemmän. (Vilkka 2005, 73-76; Tuomi & Sarajärvi 2009, 156-157; Hirsjärvi ym. 2015, 139-140, 151-152, 161, 177-180, 185, 189, 223-224.)

Tilastollinen aineisto analysoidaan useimmiten laskentaohjelman avulla ja analyysissä syntyy esimerkiksi tunnuslukuja, keskiarvoja, frekvenssijakaumia tai prosenttilukuja, jotka esitetään yleensä taulukoiden tai erilaisten kuvioiden avulla. Kuten Vilkka (2005) toteaa, pystyy Excel -ohjelmalla helposti toteuttamaan aineiston yksinkertaista tilastollista tarkastelua. Tässä työssä tilastollisen tarkastelun tunnuslukuina käytettiin keskiarvoja, osamääriä ja prosenttiosuuksia.

Laadullisen analyysin tekemiseen ei ole selkeää yksittäistä tapaa, vaan analyysi edellyttää aineiston luovaa käsittelyä. Tavallisimpia analyysimenetelmiä ovat sisällönanalyysi, diskurssianalyysilla ja fenomenologinen lähestymistapa. Sisällönanalyysin avulla voidaan luokitella tai teemoitella aineistoa, siinä kun diskurssianalyysin keskeisimpänä kiinnostuksen kohteena on kieli ja fenomenologinen lähestymistapa keskittyy kokemuksiin ja asioiden merkityksiin. (Vilkka 2005, 136-140; Hirsjärvi ym. 2015, 224-225.)

Laadullisen aineiston tyypillisimpiä hankintakeinoja ovat haastattelut ja havainnointi, mutta kuten tässä työssä, myös avoimia vastauksia sisältävät kyselyt voivat toimia aineistona. Analyysissä erotellaan tyypillisesti kaksi vaihetta; aineiston kuvaaminen, pelkistäminen ja luokittelu, joka jälkeen aineistoa pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan. Ensimmäisessä vaiheessa aineistoon tutustumisen jälkeen aineistosta koottiin kaikki tutkimusongelmiin yhteydessä oleva aineisto ja tämän jälkeen aineistoa pyrittiin luokittelemaan säilyttämällä kuitenkin koko aineiston sisältämä informaatio. Tuloksia etsittäessä

pyrittiin aineistosta tunnistamaan yhtenäisiä nimittäjiä ja etsimään sitä, mitä aineisto kertoo tutkimuskysymyksiin nähden ja tuottamaan tästä selkeää tietoa. Analyysiä tehtäessä yhdistyi siis, sekä analyysin, että synteessin tekeminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-92.) Asioiden merkitys tulee ilmi niiden vasta suhteessa kontekstiinsa, jona tässä työssä toimi kotihoito (Vilkka 2015, 161).

7.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Soveltavan tutkimuksen osion kohderyhmäksi valittiin kotihoidon asiakkaista ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevat asiakkaat, koska tämä on merkittävä asiakasryhmä kotihoidossa, jonka tunnistamiseen, ohjaamiseen ja auttamiseen tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Aineiston hankintaan liittyviä kysymyksiä ovat yleisesti: mitä tietoa tarvitaan, mistä ja miten kyseinen tieto on saatavissa ja millä keinoin. Näitä kysymyksiä on pohdittu tutkimussuunnitelmaa tehtäessä. Lisäksi työn laajuus, itse tutkittava ilmiö, aineiston laatu ja tutkimusasetelma vaikuttavat aineiston hankintaan. Nämä tekijät näyttäytyvät yleensä erilaisina riippuen valitusta menetelmästä. Kehittämishankkeen soveltavan tutkimuksen osiossa analyysimenetelmiä on pyritty käyttämään joustavasti aineiston ehdoilla. (Hirsjärvi 2015, 179-182; Vilkka 2015, 96-99, 150-151.)

Kun tarkastelu kohdistuu valmiisiin aineistoihin, valmis aineisto voi joskus olla luotettavuudeltaan jopa parempaa, koska analyysin tekijä ei ole vaikuttanut aineiston muotoutumiseen. Tämän vuoksi aloittelevalle analyysin tekijälle tämä on hyvä vaihtoehto. Toisaalta valmiiden aineistojen käyttö johtaa siihen, että analyysin tekijä on entistä enemmän aineistonsa varassa. Valmiiden tilastojen ja rekisterien käytössä on huomioitava niiden alkuperäinen tarkoitus ja keräystapa, kerääjä(t) ja aineiston soveltuvuus tutkimukseen. Julkiset rekisterit ovat usein myös luvanvaraisia ja osa niistä on myös maksullisia. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 89; Vilkka 2015, 97.)

Otoksen määrittelyssä käytettiin etukäteisharkintaa, koska tutkimuslupan mukaisesti työn tekijä ei voinut itse kerätä aineistoa RAI järjestelmästä. Tutkimuslupa saatiin Turun kaupungin hyvinvointitoimialalta tammikuussa 2017. Aineiston otanta tapahtui etukäteen määriteltujen ehtojen mukaan:

1 Asiakas kuului jollekin kolmesta lähipalvelualueesta, joilla selvityksen mukaan oli keskimääräistä enemmän ali- tai virheravitsemuksen riskissä olevia asiakkaita.

2 Asiakkaalle oli tehty MNA arviointi tehty 1.8 - 31.10.2016.

3 MNA -arvioinnin mukaan asiakkaalla oli ali- tai virheravitsemuksen riski.

Aineisto kerättiin RAI -järjestelmästä tulostamalla kotihoidon hallinnossa toimivan RAI yhdyshenkilön toimesta. Aineisto tehtiin tunnistettomaksi poistamalla siitä henkilötiedot, lähiomaisten tiedot sekä lähipalvelualueen ja arvioinnista vastaavan henkilön nimi. Ikä sekä sukupuoli jätettiin henkilöprofiiliin, koska ne ovat analyysin kannalta oleellisia asioita. RAI yhdyshenkilö numeroi aineoston ja säilytti tämän tiedon salattuna. Tällä varmistettiin se, että jos aineistosta nousee esille potilasturvallisuuteen liittyviä asioita, pystyisi RAI yhdyshenkilö tunnistamaan asiakkuuden jälkikäteen. Samalla varmistettiin koko aineiston palautuminen hävitettäväksi analysoinnin jälkeen.

7.4 Aineisto

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osion aineisto koostui valmiista virallisista dokumenteista, kotihoidon asiakkaille tehdyistä RAI HC ja MNA -arvioinneista. Aineisto sisälsi 29 asiakkaan molemmat arvoinnit. RAI HC -arvioinneista käytettiin asiakkaiden henkilöraportteja, jotka sisältävät asiakkaiden perustiedot sekä kyseisen arvioinnin arviointi- ja mittaritiedot. Aineisto on pääasiassa numeraalista tai muuten luokiteltua aineistoa. Tämän lisäksi aineisto sisälsi vaihtelevan määrän henkilökunnan arviointeihin kirjaamia lisämerkintöjä. Lisämerkinnät ovat avoimia tekstejä, joilla voidaan kuvata esimerkiksi asiakkaan voimavaroja tai tarvitsemaa apua.

Tässä tapauksessa aineisto oli siis valmiiksi kerätty validoituja kyselylomakkeita käyttäen ja tallennettu RAI -järjestelmään. Validoitu aineistonkeruu menetelmä vahvistaa tulosten luotettavuutta. Aineiston keruu on tapahtunut usean kotihoidon hoitajan toimesta, jotka ovat saaneet koulutuksen RAI -arviointien tekoon, mutta kokemus arviointien teosta on todennäköisesti ollut vaihteleva.

7.5 Aineiston analysointi

Aineiston tarkastelussa käytettiin sekä tilastollisia tunnuslukuja, että laadullisia menetelmiä. Lähestymistapaa voitaisiin myös kuvata teoria ohjaavaksi, koska esiselvityksen viitekehityksen pohjalta oli tuotettu teemat, joista ensisijaisesti oltiin kiinnostuneita. Analy-

sissä pyrittiin kuitenkin etenemään aineiston ehdoilla, eli annettiin tilaa myös muille mahdollisille aiheeseen liittyville havainnoille. Saatuja tuloksia pyrittiin myös tarkastelemaan suhteessa aikaisempaan tietoon aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 110-115, 117, 138; Hirsjärvi ym. 2015, 224-225.)

Aineisto saatiin anonyyminä, tulostettuna. Tilastollisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa keväällä 2017, koko RAI HC -aineisto kirjattiin Excel taulukkoon. Koska aineisto oli laaja, aineiston varmuuskopioinnin jälkeen RAI -aineistoa supistettiin ensin aineiston analyysirungon avulla (liite 3.) ja lopulliseen analysointiin valikoituivat asiat, jotka ovat kotihoidossa erityisen merkittävässä asemassa verrattuna yhteisöllisiin asumismuotoihin, esimerkiksi muistin ongelmat, yksinäisyys, ruuan hankinta ja valmistaminen.

Analysoitavaksi valikoituneista asioista laskettiin Excel ohjelmalla keskiarvot, osamäärät ja prosenttiosuudet. MNA -aineistoa aineisto kuvattiin kokonaisuudessaan Excel taulukkoon ja siitä laskettiin Excel ohjelman avulla edellä kuvatut tilastolliset tunnusluvut. MNA -aineisto ei sisällä avointa, kuvailevaa kirjausta.

Laadullinen tarkastelu kohdistui henkilökunnan RAI -arviointeihin kirjaamiin lisämerkintöihin, eli avoimiin kirjauksiin. Tarkasteltavaksi valikoituivat kotihoidossa merkittävästi ravinnonsaantiin vaikuttavat asiat: liikkuminen kodin ulkopuolella, kyky suorittaa ostoksia, kyky valmistaa aterioita ja ruokailla. Aineisto kirjoitettiin auki ja tiivistettiin tarvittavin osin. Tämän jälkeen aineistoa luokiteltiin hoitotyön auttamiskeinojen näkökulmasta. Pääkategorioiksi muodostuivat: asiakkaan voimavarat, ohjaus / auttaminen ja puolesta tekeminen. Näistä tehtiin kuvauksia asiakkaiden ravitsemushoidon toteutumisesta ja kotihoidossa käytettävistä hoitotyön auttamiskeinoista.

7.6 Tulokset

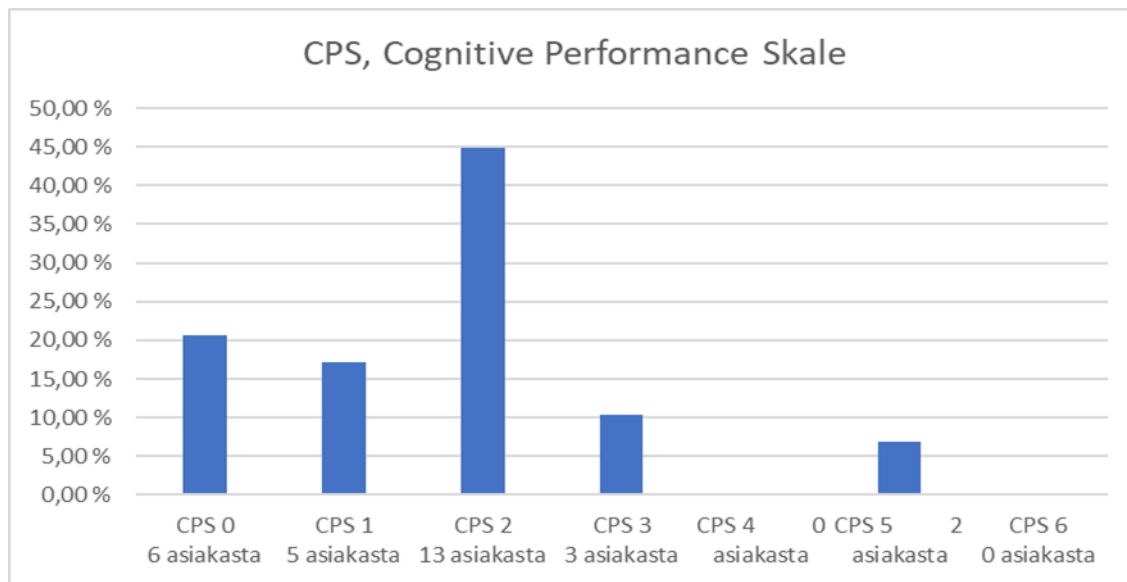
7.6.1 RAI HC -arviointien tulokset

RAI -aineiston tilastolliset tunnusluvut:

Tarkastellussa aineistossa asiakkaiden **keski-ikä** oli 82,5 vuotta. Vaihteluväli oli suuri, 56 ja 90 ikävuoden välillä. Aineiston asiakkaista 23 (79,3%) oli **naisia**, ja **miehiä** 6. Asiakkaista 25 asui yksin, vain 4 (13,8%) puolison kanssa.

Aineistossa asiakkaiden kokonaishoidon ja palvelutarve oli **MAPLe** asteikolla 3,5. Vaihteluväli kattoi kuitenkin koko asteikon 1-5. Kognitiivisen toimintakyvyn **CPS** – mittarin

keskiarvo oli asiakkailla 1,7, asteikolla jolla 1 tarkoittaa rajatilaista kognitiivista heikkenemistä ja 2 lievää kognition heikkenemistä. Vaihteluväli oli asiakkailla 1-5, kokonaisasteikolla 0-6 (Kuvio 2.)



Kuvio 2. CPS, kognitiivisten toimintojen asteikko.

Yksinäisiksi aineistossa koki itsensä 11 (37,9%) asiakasta. Masentuneisuutta kuvaavan **DRS** -mittarin keskiarvo oli 1.6, kokonaisasteikolla 0-14. Asteikolla 0, eli ei masentuneisuutta oli 15 asiakasta (51,7%) ja 2 (6,9%) asiakasta sai asteikolla 6. DRS asteikolla lukemat 3-14 viittaavat masennusepäilyyn.

Kipua mittaavan **Pain** -mittarin keskiarvo oli 1,28 kokonaisasteikolla 0-3. Kivuttomia asiakasta oli 9 (31,03%) ja harvemmin kuin päivittäin kipuja oli 8 asiakkaalla. Seitsemällä asiakkaalla oli kohtalaista kipua päivittäin ja viidellä (17,24%) asiakkaalla oli ajoittain vaikeaa tai sietämätöntä kipua.

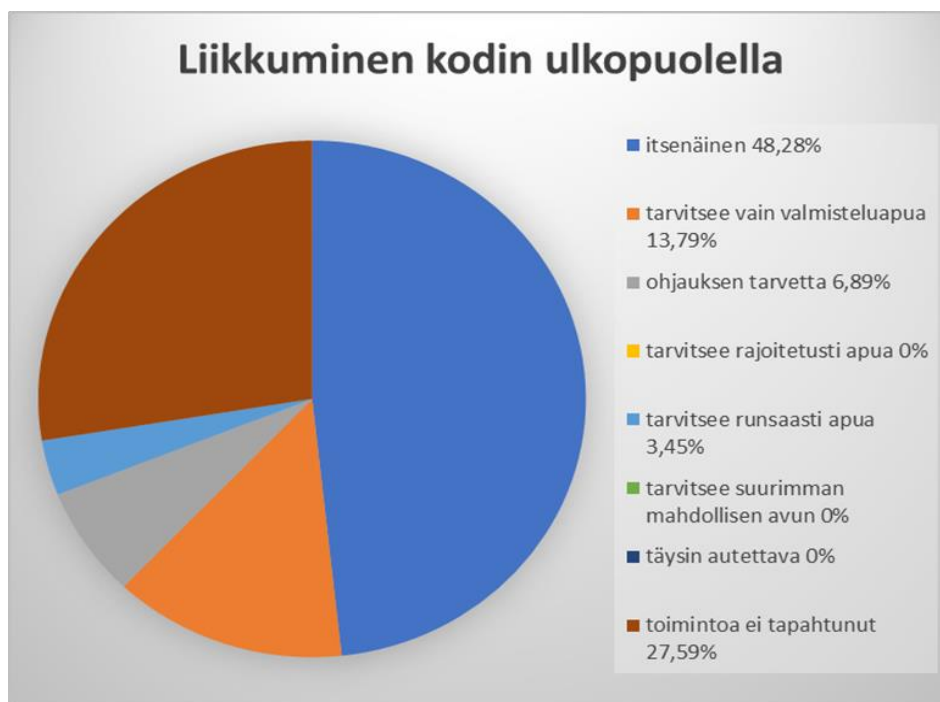
Painon laskua kolmen viimeisen kuukauden aikana oli RAI -arvioinnin mukaan tapahtunut kahdella (6,9%) asiakkaista, 27 asiakkaan paino oli pysynyt ennallaan. **Ravitsemukseen liittyviä tukipalveluja** oli käytössä 17 (58,6%) asiakkaista. **Ateriapalvelu** oli käytössä 11 (37,93%) asiakkaalla ja niillä joilla ateriapalvelu oli käytössä, viikoittaisen ateriamäärät vaihtelivat 2 ja 7 viikoittaisen aterian välillä.

Vähän päivittäisiä aterioita söi arvioinnin mukaan 7 asiakasta 29:stä (24,1%) koko aineistosta. Näin ollen arvioinnin mukaan 22 asiakkaalla (75,9%) päivittäiset ateriat olivat

riittävät. **Kuivumisen riskissä** arvioinnin mukaan tunnistettiin olevan 3 asiakasta (10,3%) kokonaismäärästä.

RAI -aineistosta sekä tilastollisin, että laadullisin menetelmin analysoidut asiat:

Liikkuminen kodin ulkopuolella: RAI kuvaus: Huom. jos on pyörätuolissa, itsenäisyys pyörätuoliin päästyä.



Kuvio 3. Liikkuminen kodin ulkopuolella.

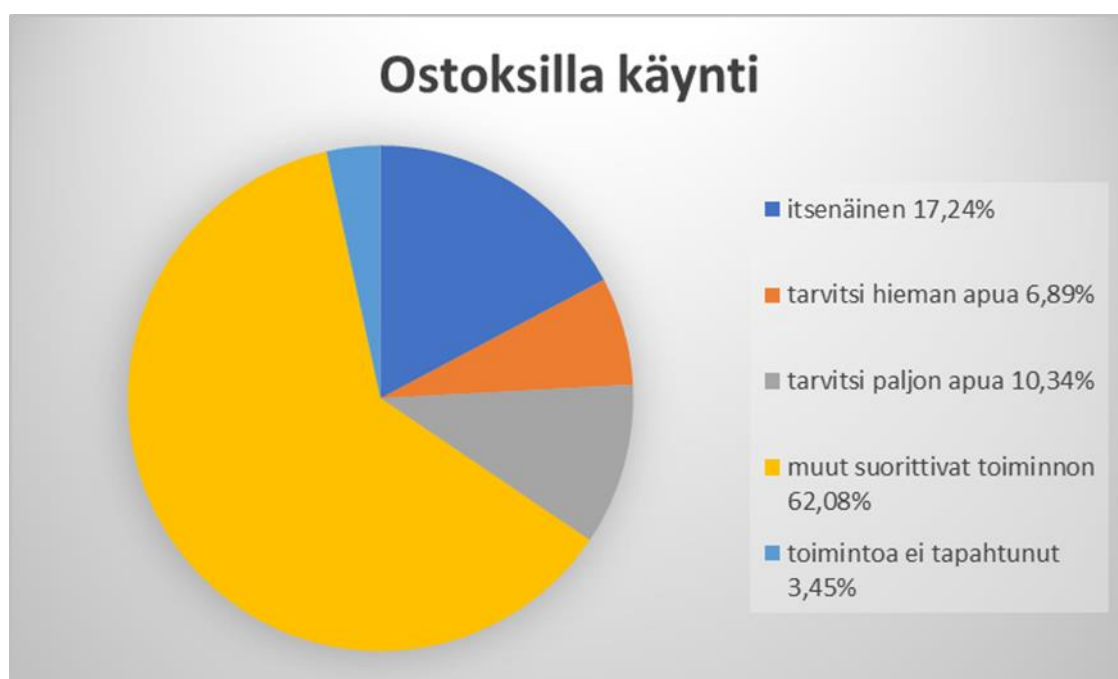
Aineiston asiakkaista 14 pystyi liikkumaan itsenäisesti kodin ulkopuolella, 4 tarvitsi vain valmisteluapua ja 2 ohjausta. 1 asiakas tarvitsi runsaasti apua kodin ulkopuolella liikkumisessa ja 8 kohdalla kodin ulkopuolella liikkumista ei havainnointijakson aikana tapahtunut. Rajoitetun avun tarvitsijoita tai täysin autettavia aineistossa ei ollut (Kuvio 3.)

Asiakkaiden voimavaroja kuvattiin lisämerkinnöissä etenkin itsenäisesti ulkona liikkuvien kohdalla. Hoitajat kuvasivat asiakkaiden ulkona liikkuessa käyttämiä apuvälineitä. Esimerkiksi: ”käy ulkona lähes päivittäin rollaattorin turvin”. Lisäksi kuvattiin ulkona liikkumisen säännöllisyyttä ja yleisyyttä, sekä henkilöitä joiden seurassa asiakkaat yleensä ulkoilivat, kuten puoliso, omaiset tai ystävät. Joissain lisämerkinnöissä kuvattiin, että asiakas pääsisi hyvin ulos, mutta ei halua lähteä.

Asiakkaiden ohjaus keinoina kuvattiin saattoapua, joko muistin ongelmien tai rajoittuneen apuvälineiden käytön vuoksi. Esimerkiksi: ”asiakas tarvitsee saattoapua ulkona muistin ongelmien vuoksi, eksynyt aiemmin”. Myös asiakkaiden tarvitsemaa apua ja hoitotyön auttamiskeinoja kuvattiin saattoapuna, käsikynkässä kävelynä, ovien avaamisena ja kynnyksissä auttamisena.

Niissä tapauksissa, joissa asiakas ei liikkunut kodin ulkopuolella syinä kuvattiin joko muistiin liittyviä ongelmia kuten: ”eksynyt aiemmin ulkona, joskus harhailee porraskäytävässä” tai terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia, kuten ”ei jaksaa, hengästyy ja tasapaino on heikko”. Yhdessä lisämerkinnässä kuvattiin: ”Asiakas liikkuu harvoin ulkona, pystyisi kyllä. Pelkoa?”

Ostoksilla käynti: RAI kuvaus: ruoka tai talousostoksista suoriutuminen, esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö.



Kuvio 4. Ostoksilla käynti.

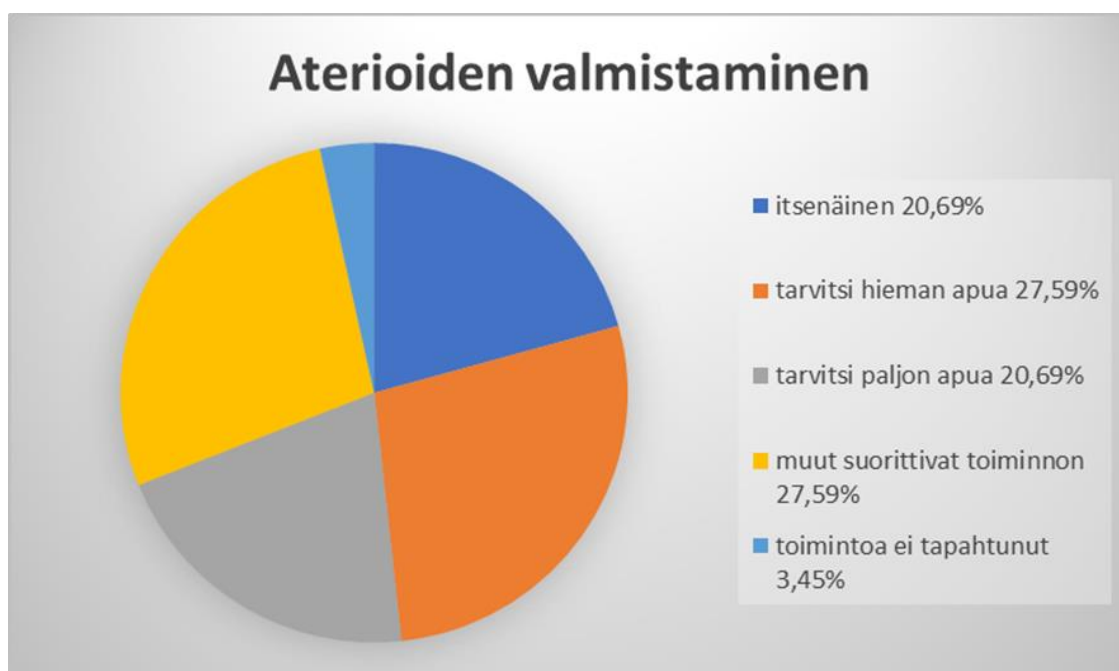
Aineiston asiakkaista 5 suoriutui itsenäisesti ostoksilla käymisestä. 2 asiakasta tarvitsi hieman apua, 3 asiakasta paljon apua ja 18 asiakkaan kohdalla muut suorittivat toiminnon. 1 asiakkaan kohdalla toimintoa ei tapahtunut havainnointiviikon aikana (Kuvio 4.)

Asiakkaan itsenäistä suoriutumista tukevia voimavaroja kuvattiin melko paljon lisämerkinnöissä. Asiakkaan kerrottiin käyvän itse kaupassa taksin tai kaupparinki palvelun

kanssa. Muina asiakkaiden voimavaroina kuvattiin itsenäistä kauppalistan tekoa ja suunnittelua, ostoksilla käymistä joko puolison tai muun omaisen kanssa tai ”osaa maksaa ostokset itse”. Avun tarvetta kuvattiin: ”asiakas käy itse kaupassa muutaman kerran viikossa, mutta ostostenteko on epäloogista muistin ongelmista johtuen, joten omaiset käyvät myös kaupassa viikoittain”. Muistin ongelmia kuvattiin useiden merkintöjen kohdalla itsenäistä suoriutumista hankaloittavana tekijänä.

Suurimmassa osassa tapauksia joku muu suoritti kauppa-asioiden hoidon asiakkaan puolesta. Näin ollen useissa lisämerkinnöissä kuvattiinkin asiakkaan puolesta kauppa-asioita hoitavia henkilöitä, joita olivat pääasiassa lapset tai muut omaiset, mutta myös ystävät. Auttamiskeinoina palveluverkostosta lisämaininnoissa kuvattiin kauppapalvelu ja nettikauppa.

Aterioiden valmistaminen: RAI kuvaus: esim. aterioiden suunnittelu, kypsentaminen, tarveaineiden kokoaminen, ruoan tarjoileminen ja pöydän kattaminen.



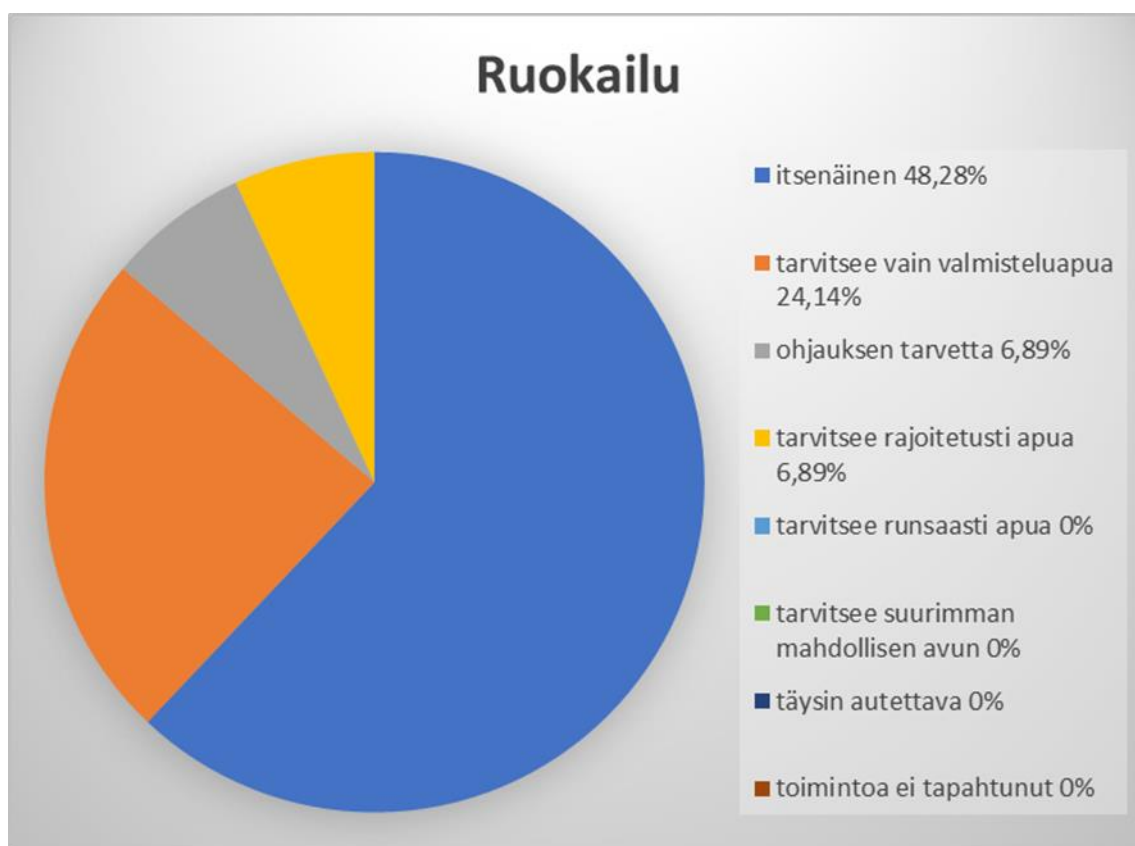
Kuvio 5. Aterioiden valmistaminen.

Aineiston mukaan 6 asiakasta 29:stä suoriutui täysin itsenäisesti päivittäisten aterioiden suunnittelusta ja valmistamisesta. 8 asiakasta tarvitsi hieman apua ja 6 paljon apua. Muut valmistelivat ateriat kokonaan 8 asiakkaalle ja yhden kohdalla toimintoa ei tapahtunut lainkaan (Kuvio 5.)

Aterioiden valmistamisessa asiakkaiden voimavaroina kuvattiin pääasiassa itsenäistä ruokien lämmittämistä. Asiakkaiden kuvattiin lämmittävän valmisruokia ja eineksiä. Joukkoon mahtui kuitenkin myös asiakkaita, joiden kuvattiin valmistavan ateriansa itse. Lisäksi asiakkaiden kuvattiin tekevän itse aamu- ja iltapalat, mutta päivällä ruoka lämmitetään. Esimerkiksi: ”huolehtii itse aamupalan ja iltapalan laiton, mutta kotihoito lämmittää päivällä ruuan”.

Auttamiskeinoina kuvattiin asiakkaan ohjaamista ruokien lämmityksessä ja ruokien lämmitystä ja tarjoamista asiakkaan puolesta kotihoidon, puolison tai muiden omaisten toimesta tai ateriapalvelun ruokien tarjoamista. Hoitajien käyttämiä hoitotyön keinoja olivat muistuttaminen ja ohjaaminen tai kehottamista syömään. Muita aterioihin liittyviä auttamiskeinoja, kuin ruuan lämmittämistä kuvattiin vain kahdessa merkinnässä. Esimerkiksi: ”etukäteisvalmisteluja, kuten kasvien pilkkomista tehdään yhdessä, ruuan lämmittää itse”. Muutamissa lisämerkinnöissä kuvattiin myös haasteita, kuten: ”epäily, laittaako itse aterioita, ei halua tarjottuja lisäapua” tai ”asiakas ei osallistu ruokien lämmittämiseen, vaikka pystyisi, kotihoito lämmittää ruuat”.

Ruokailu: RAI kuvaus: ruoan nauttiminen kaikin tavoin, myös letkuravitseminen.



Kuvio 6. Ruokailu.

Ruokailussa 18 asiakasta oli täysin itsenäisiä eikä yksikään asiakkaista tarvinnut runsaasti apua, suurinta mahdollista apua tai ollut täysin autettava. 7 asiakas selviytyi ruokailusta ohjauksen avulla ja kaksi rajoitetun avun avulla (Kuvio 6.)

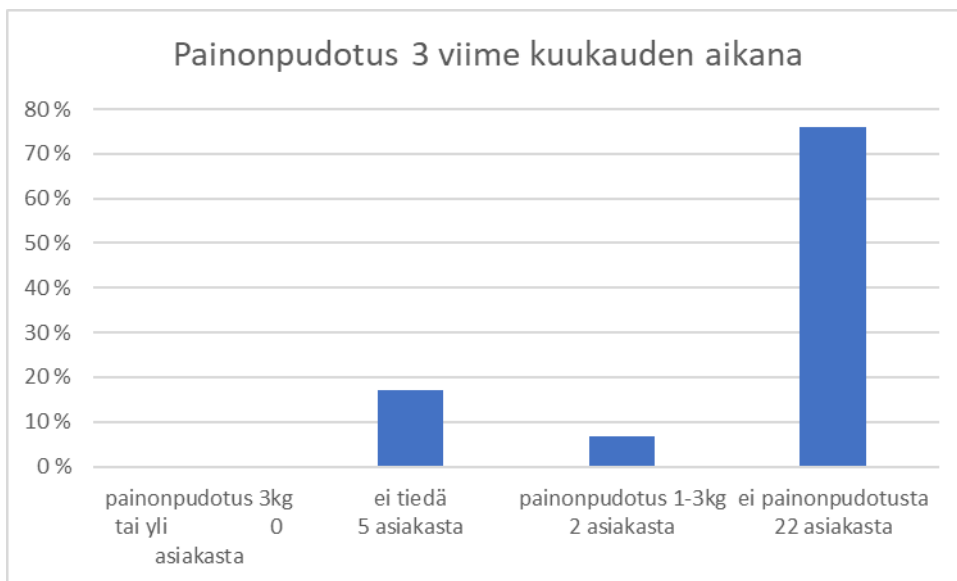
Ruokailun osalta asiakkaiden voimavaroja kuvattiin ensisijaisesti itsenäisenä syömisenä, tai itsenäisenä syömisenä kun ruoka on asetettu valmiiksi esille. Lisäksi asiakkaiden kuvattiin syövän välipaloja, ”napostelevan” itsenäisesti aterioiden väleillä. Asiakkaan ohjaamisena ruokailussa kuvattiin asiakkaan ohjaamista syömään tai ruokapaikalle. Auttaminen taas kuvattiin aterioiden valmisteluna asiakkaan puolesta, ei yhdessä tekemisenä. Lisäksi lisämerkinnöissä mainittiin asiakkaan auttamiskeinoina kehottaminen syömään, ruokailun seuranta, valvonta ja tarkkailu.

Asiakkaiden muistamattomuudesta johtuva avun tarve kuvattiin kirjauksissa, esimerkiksi: ”Ei muista syödä oma-aloitteisesti, seurattava. Syö itse kun ruoka edessä”. Lisäksi kirjauksissa kuvattiin epäilyjä ja epätietoisuutta siitä miten säännöllistä syöminen on. Yhdessäkään lisämerkinnässä ei kuvattu asiakkaan fyysistä auttamista tai avun tarvetta varsinaisessa ruuan syömisessä.

7.6.2 MNA -arviointien tulokset

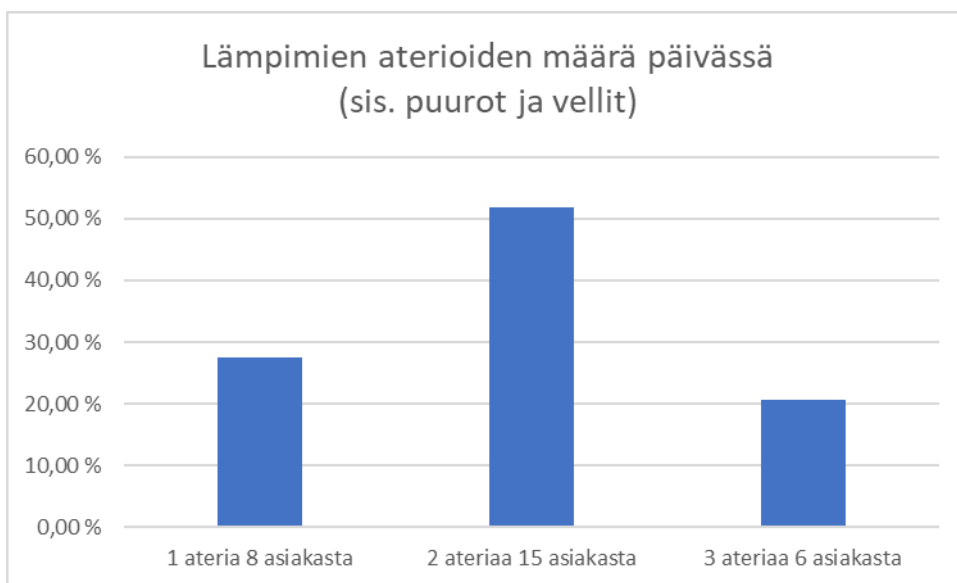
Koko kohderyhmällä oli aineiston hankinnan määrittelyn mukaan ali- tai virheravitsemuksen riski. Keskiarvoksi muodostui 20,93. Matalin tulos oli 17,5 ja korkein 23.

23 asiakkaalla (79,31%) **ravinnonsaanti** oli 3 viimeisen kuukauden aikana pysynyt ennallaan. 5 asiakkaan kohdalla 29:stä vähentynyt hieman ja yhdellä huomattavasti. Paino oli pysynyt ennallaan 3 viimeisen kuukauden aikana 22 asiakkaalla (75,86%) 29:stä. 1-3 kilon **painonlasku** oli tapahtunut 2 asiakkaalla ja viiden kohdalla ei ollut tietoa mahdollisesti painon muutoksesta (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Painonpudotus 3 viimeisen kuukauden aikana.

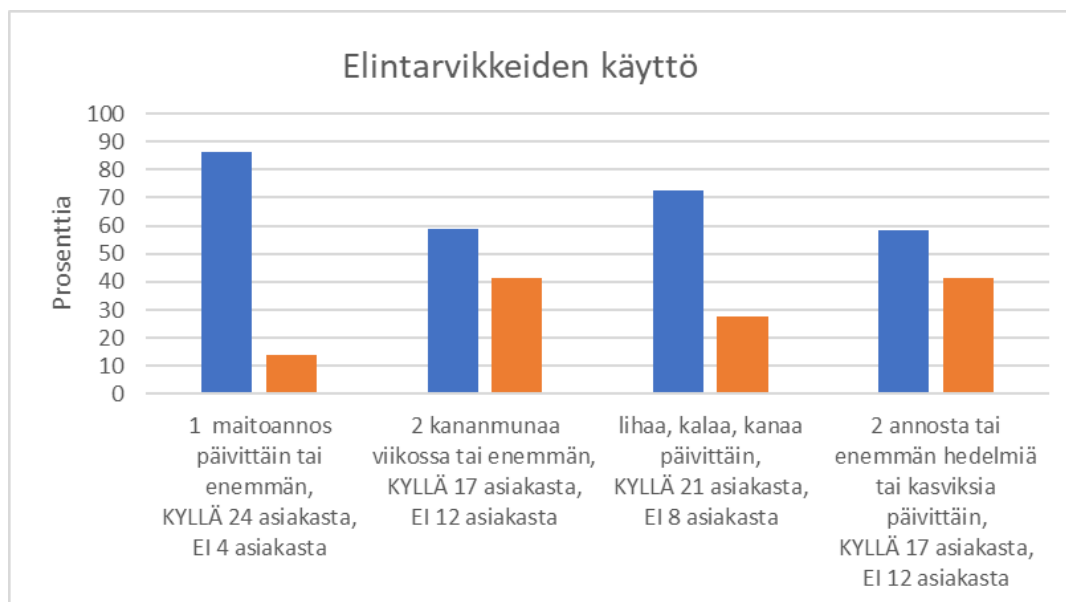
Päivittäisten lämpimien aterioiden määrä aineiston asiakkailla oli keskimäärin 2,13 aterialla. Kolme lämmintä aterialla söi 6 asiakasta, kaksi lämmintä aterialla 15 asiakasta ja vain yhden lämpimän aterian söi 8 (27,59%) asiakasta (Kuvio 8).



Kuvio 8. Päivittäisten lämpimien aterioiden määrä.

Eri elintarvikkeiden käyttöä ruokavaliossa kuvataan kuviossa 9. Yhden **maitoannoksen** päivittäin aterioissaan sai 25 (86,21%) asiakasta 29:stä. 2 annosta tai enemmän **kananmunia** viikossa söi 17 (58,62%) asiakasta. **Lihaa, kalaa tai kanaa** ruokavaliostaan sai päivittäin 21 (72,41%) asiakasta 29:stä. 8 asiakasta ei käyttänyt päivittäin lihaa, kalaa tai

kanaa. Kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia päivittäin käytti 17 (58,60%) asiakasta.



Kuvio 9. Elintarvikkeiden käyttö.

Nestettä joi päivittäin vain 3-5 lasillista 18 (62,07%) asiakasta 29:stä, yli 5 lasillista nestettä joi 11 (37,93%) asiakasta. **Ruokailussa hieman apua** tarvitsevia oli 6 (20,60%) asiakasta ja 23 (79,31%) asiakkaista söi itse.

Yksikään asiakas ei kokenut omaa **ravitsemustilaansa** ongelmalliseksi tai olevansa alitai virheravittu. Kolme asiakasta 29:stä ei osannut arvioida onko ravitsemuksessa ongelmia ja 26 (89,66%) asiakkaista koki, ettei ravitsemuksellisia ongelmia ole. Yksi asiakas 29:stä koki oman **terveydentilansa** paremmaksi kuin muilla sama ikäisillä. 9 (31,03%) asiakasta yhtä hyväksi ja 7 asiakasta ei yhtä hyväksi kuin muilla saman ikäisillä. 12 (41,38%) asiakkaista, ei osannut arvioida omaa terveydentilaansa muihin saman ikäisiin verrattuna.

7.7 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

7.7.1 RAI HC -arviointien tulosten tarkastelu

Soveltavan tutkimuksen aineistossa kotihoidon asiakkaiden keski-ikä oli 82,5 vuotta. Verrattuna syksyn 2014 kotihoidon asiakaslaskentaan (Noro, Alastalo, Finne-Soveri & Mäkelä 2014) tämä oli hieman korkeampi, koska vuoden 2014 kotihoidon tilastossa

keski-ikä oli 81 vuotta. Keski-ikä tulee tosin jatkossakin olemaan noususuuntainen ikärakenteen muutoksen vuoksi. Kotihoidon 2014 asiakaslaskennan mukaan miehiä oli asiakkaista 7%. Aineistossa asiakkaista 79,3% oli naisia, kun taas vuoden 2016 kotihoidon laskennassa 66%. (Noro ym. 2014, 1-2; Väyrynen & Kuronen 2017, 1-2.) Korkea ikä ja naissukupuoli ovat ali- ja virheravitsemuksen riskitekijöitä (Suominen ym. 2012, 172-175).

MAPLe mittari kuvaa asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeen tasoa viisiportaisella asteikolla (1-5). Aineistossa keskiarvo oli 3,5, joka kuvaa siirtymistä MAPLe asteikolla kohti arvoa 4, eli suurta palvelutarvetta. Vuonna 2006 Finne-Soveri, ym. kuvasivat kotihoidon asiakkaiden jakautumista eri MAPLe luokkiin RAI -arviointien perusteella. Silloin näistä suurin oli MAPLe 4 ja seuraavina MAPLe 1 ja MAPLe 3. Asteikko on tärkeä määriteltäessä kotihoidon palveluiden saannin perusteita tai laitoshoidon joutumisen uhkaa. (Finne-Soveri ym. 2006, 124-125.) Tämä on tärkeää organisaatiolle väestön palvelutarvetta määriteltäessä, mutta toimii myös yksittäisten asiakkaiden kohdalla perusteluna esimerkiksi kotihoidon palvelujen lopettamisena, mikäli asiakkaan palvelutarve vähenee. Tällöin hoitajat saavat arvioinnista perusteluja päätökselle. Yksittäinen mittaritulos ei toki ole ainoa perustelu päätökselle, vaan tulee arvioida kokonaisuus.

CPS 2, eli lievä kognitiivinen häiriö on tyypillinen kotihoidon asiakkaalla. Vaikeaa tai keskivaiketta dementiaa kotihoidon asiakkaista on 5-10 prosentilla (Finne-Soveri ym. 2006, 64, 67.) Tämä kuvaa myös melko hyvin aineistoa, jossa CPS keskiarvo oli 1,7. Vuoden 2015 kotihoidon laskennassa vain kolmasosan asiakkaista oli kognitioltaan normaaleja (Noro ym. 2014, 4). Muistin ongelmat tulevat haastamaan kotihoidon työntekijöitä jatkossa entistäkin enemmän. Muistisairaus itsessään aiheuttaa laihtumista ja lisääntyneitä energian ja proteiinien tarvetta. Haasteena on, miten turvata asiakkaiden säännölliset ateriat, kun asiakas ei muista, milloin on viimeksi syönyt. Aterioiden varmistaminen edellyttää kotihoidolta aikaa seurata asiakkaan syömistä, jotta ruuan saanti varmistetaan. Valvonnan tarve näkyi myös lisämerkintöjen kirjauksissa.

Yksinäisiksi aineistossa koki itsensä jopa 11 (37,90%) asiakasta 29:stä. Kotihoidon asiakkaista on aiemmin todettu lähes kolmasosan kokevan itsensä yksinäiseksi. Eläkeikäisten terveyskäyttäytymistä seurattaessa yksinäisyyden kokemus on yleistä ikääntyneillä ja se lisääntyy iän myötä. Naisilla yksinäisyyden kokemus on miehiä yleisempää. (Finne-Soveri ym. 2006, 136; Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 134). Yksinäisyyttä lisää esimerkiksi puolison ja ikätovereiden menettäminen sekä vaikeudet liikkua kodin ulkopuolella.

Aineistossa DRS -mittarin keskiarvo oli 1,6 kokonaisasteikolla 0-14. Kun asteikolla tulos 3 tai enemmän viittaa masennusepäilyyn, oli aineiston mukaan seitsemällä asiakkaalla (24,14%) oli aiheutta siihen. Kotihoidon asiakkailla on aikaisempien tilastojen mukaan noin joka viidennellä (19%) masennusepäily (Finne-Soveri ym. 2006, 75-77). Tässä on havaittavissa eroa aineiston ja aikaisemman tiedon välillä. Tämä voi myös kuvata aineistoa, jossa kaikilla on ali- ja virheravitsemuksen riski. Yksinäisyys ja masentuneisuus ovat merkittäviä ruokahaluun vaikuttavia tekijöitä, joten niihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan. Eri-laisten päivätoiminta paikkojen avulla voidaan tukea yksin asuvien ikääntyneiden mielialaa ja sosiaalisen kanssa käymisen mahdollisuuksia ja niitä tulisi olla riittävästi tarjolla. Usein myös ruoka maistuu tällaisen päivän aikana seurassa erittäin hyvin.

Vuoden 2011 tietojen mukaan miehistä 20% ja naisista noin 30% oli käyttänyt kuukauden aikana muuta kipulääkettä, kuin päänsärkyyn tarkoitettua lääkitystä (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 46). Kotihoidon asiakkaista aiemmin kerätyn tiedon mukaan 64 prosentilla oli kipuja, ja heistä 4-12% kärsi päivittäisistä kovista kivuista. Joka neljäs asiakas myös koki kivun vaikuttavan päivittäisistä toiminnoista selviämiseen. Jatkuva kipu myös vaikuttaa elämän mielekkääksi kokemiseen ja mielialaan, joten ruokahalu heikkenee entisestään. (Finne-Soveri ym. 2006, 79-81.) Asiakkaan kipua mittaavan Pain -mittarin keskiarvo aineistossa oli 1,28, asteikolla 0-3. Asiakkaista 9 (31,03%) oli kivuttomia ja viidellä (17,24%) oli ajoittain vaikeaa tai sietämätöntä kipua. Vertailussa tämä merkitsee, että kipuja oli hieman harvemmallalla, mutta ainakin ajoittaisista kovista kivuista kärsi asiakkaista merkittävän moni.

Aineiston asiakkaista kahdella (6,9%) asiakkaista paino oli laskenut 1-3 kiloa edeltävien 3 kuukauden aikana. Tämä on merkittävä painonlasku johon tulisi reagoida ja selvittää mahdollisen tahattoman painonlaskun syy (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 19). Aikaisemman tiedon mukaan keskimääräisesti painonlaskua on noin 2 prosentilla kotihoidon asiakkaista (Finne-Soveri ym. 2006, 91). Tahattoman painonlaskun syy tulee aina selvittää ja painonlasku tulee saada pysähtymään lisäämällä energian määrää ruokavaliossa, tarvittaessa lisäravinteita käyttämällä.

Ravitsemukseen liittyviä tukipalveluja oli käytössä 58,6 prosentilla, tarkoittaen 17 asiakkaista. Ateriapalvelu oli käytössä 11 (37,93%) asiakkaalla 29:stä. Aikaisempaan tietoon verrattuna ateriapalveluiden käyttö on lisääntynyt 2010 luvun aikana. Etenkin nykyisen ikääntyneen väestön kohdalla miesten ruuan laitto on läpi elämän ollut naisia vähäisempää ja ateriapalvelun käyttö onkin hieman yleisempää miehillä kuin naisilla (Holstila, He-

lakorpi & Uutela 2012, 126). Niillä joilla ateriapalvelu oli käytössä, viikoittaisen ateriamäärät vaihtelivat 2 ja 7 viikoittaisen aterian välillä. Ateriapalvelun lisäksi asiakkaat käyttävät paljon valmisruokia, joita lämmitetään mikrossa. Kokemuksen mukaan valmisruuat ovat edullisempia, mutta ravintoainesisällöltään vaihtelevampia. Mielipiteet myös ateriapalveluidenruuista ovat vaihtelevia ja erilaisia vaihtoehtoja kaivataan.

Lähes joka neljäs (24,1%) asiakas söi liian vähän päivittäisiä lämpimiä aterioita. Tämä on erityisen huolestuttavaa, koska ikääntyneiden suositusten mukaan ateriamääriä tulisi lisätä. Aikaisemman tiedon mukana kahden päivittäisen lämpimän ruuan (lounaan ja päivällisen) syönti on vähentymässä kaikissa ikäluokissa ja sekä miesten, että naisten keskuudessa. Aamupalan nauttii kuitenkin yhä suurin osa, noin 95% ikääntyvistä. (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 57-58.) Aamupalan nauttiminen on suositusten mukaan erittäin tärkeää riittävän energian saannin turvaamiseksi ja siitä olisi hyvä saada jopa kolmasosa päivän energiasta.

Aineiston asiakkaista kolmen (10,3%) tunnistettiin olevan kuivumisen riskissä. Finne-Soveri ym. (2006, 92) mukaan keskimääräinen osuus kotihoidon asiakkaissa on 3%, kuitenkin vaihdellen 1-8 prosentin välillä. Tämä tulee huomioida, sillä etenkin iäkkäimmissä ikäryhmissä kuivumisen riski on merkittävä elimistön muutosten ja janon tunteen heikentymisen vuoksi. Myös muistisairaat ovat merkittävässä riskissä liian vähäisen nesteen saannissa. (Suominen & Pitkälä 2010, 351; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 41.)

Kyky liikkua kodin ulkopuolella ja ulkoilla vaikuttaa merkittävästi ruokahaluun. Tämän vuoksi on huolestuttavaa, että ikääntyvien ulkona liikkuminen on vähentynyt. (Helldän & Helakorpi 2014, 18-21; Karppinen ym. 2017, 282.) Aineiston asiakkaista 14 (48,28%) pystyi liikkumaan itsenäisesti kodin ulkopuolella ja 7 selviytyi ohjauksen tai avun turvin. Kuitenkin 8 (27,59%) asiakkaista ei käynyt havainnointiviikon aikana ulkona. Useat kotihoidon asiakkaat tarvitsevat liikkumisessaan erilaisia apuvälineitä. Huolestuttavaa on myös, että Finne-Soveri ym. (2006, 97) mukaan 10% asiakkaista ei kuitenkaan käyttänyt liikkumisen apuvälinettä tarpeesta huolimatta. Aineiston analyysin perusteella ulos lähtemättömyyden taustalla olevia syitä ovat muistin ja terveydentilan ongelmat, mutta myös pelkoa omasta selviytymisestä ja ikääntyvät kaipaavat turvallisen ihmisen seuraa ulkoiluun.

Aineiston asiakkaista viisi suoriutui ostoksilla käymisestä itsenäisesti, mutta jopa 18 (68,08%) asiakkaan kohdalla toiminnon suorittivat joku muu, kuin asiakas. Pääasiallisin

auttajina toimivat omaiset, pääasiassa lapset tai puoliso, mutta myös ystävät. Välinetoinnot (IADL) sisältää kodin ulkopuolella asioinnin ja ovatkin useimmilla asiakkailla useimmilla avun tarpeena. Jopa 97 prosentilla asiakkaista on jokin IADL -toimintoihin liittyvä avun tarve (Finne-Soveri ym. 2006, 70). Omaiset ovatkin merkittävä voimavara ja yhteistyö ryhmä asiakkaiden kotina selviytymistä tukemassa ja yhteistyöstä onkin hyvä sopia selvästi. Omaisilta saadaan tietoa, mutta he myös auttavat asiakkaita useissa toiminnoissa. Nykyään kuitenkin monet omaiset myös asuvat merkittävän etäisyyden päässä, eivätkä näin pysty osallistumaan omaisensa auttamiseen haluamassaan määrin. Finne-Soveri ym. (2006, 135) mukaan joka kolmasosa kotihoidon asiakkaista on kokonaan kotihoidon palvelujen varassa. Aineistossa analysoiduissa lisämerkinnöissä ei havaittu kirjauksia siitä, että hoitajat olisivat ohjanneet asiakkaita ostosten teossa, esimerkiksi ehdottamalla jotain elintarvikkeita tai laatimalla asiakkaan kanssa yhdessä kauppalistaa valmiiksi. Aineistoon ei ollut myöskään kuvattu kirjauksia yhteistyöstä omaisten kanssa, esimerkiksi neuvottelua asiakkaan tarpeista.

Kyky valmistaa itse aterioita on keksimääräisesti parempi naisilla kuin miehillä, iästä riippumatta. Useimmiten päivän pääateriat valmistamisesta huolehti vaimo, mikäli kyseessä oli pariskunta. Vain reilut 20% iäkkäistä miehistä huolehti päivän pääaterian valmistamisesta itse. (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 110, 129.) Aikaisemman tiedon mukaan 29% kotihoidon asiakkaista on ollut aterioiden valmistamisessa itsenäisiä ja 71% tarvinnut siinä apua. Aineiston mukaan 6 (20,69%) asiakkaista oli kokonaan itsenäisiä aterioiden suunnittelussa, kokoamisessa ja valmistamisessa. 8 (27,59%) asiakkaan kohdalla muut huolehtivat aterioiden suunnittelusta, valmistamisesta ja kokoamisesta. Jostain syystä yhden kohdalla toiminto ei tapahtunut lainkaan havainnointiviikon aikana. Voidaan mielestäni olettaa, että kyseessä on joko virhe tiedon kirjaamisessa tai kysymyksen tulkinnassa. Tulkinnan ongelmia saattaa liittyä siihen, että hoitaja on ajatellut kysymyksessä tarkoitettavan ainoastaan ruuanlaittoa, valmistamista. Avoimien lisämerkintöjen kohdalla myös hoitajat itse selvästi pohtivat, olisiko asiakkaalla voimavaroja osallistua itse enemmän. Hoitajien yhtenäiset päivittäiset toimintatavat auttavat osallistamaan asiakkaita. Lisäksi ruuan lämmitykseen osallistuminen voisi lisätä ruokahalua siitä näkökulmasta, että asiakas saa ateriansa sellaisena kuin haluaa ja lämpimän ruuan tuoksu saat-
taa houkutella.

Kyky syödä itsenäisesti, säilyy monilla ikääntyvillä pitkää. Aineiston asiakkaista 18 (48,28 %) söi itsenäisesti. Finne-Soverin ym. (2006, 72) mukaan ruokailussa apua tarvitsi 18 prosenttia asiakkaista. Aineiston mukaan vain kaksi (6,89%) asiakkaista sai apua

ja yhdeksän selviytyi valmisteluavun sekä kaksi ohjauksen avulla. Itsenäistä syömistä voidaan tukea huolehtimalla siitä, että ruokailupaikka on sopiva ja asiakkaalla on tarvittaessa apuvälineet käytettävissä. Myös ruuan sopivalla rakenteella voidaan tukea itsenäistä syömistä. RAI –arvioinnissa tarkastellaan kykyä syödä, mutta muutamissa kirjauksissa välittyi huolta siitä, miten säännöllistä asiakkaan syöminen on, mutta asiakas ei ilmeisesti halunnut asiaan puuttuttavan. Nämä keskustelut on syytä käydä huolellisesti ja myös kirjata asiakkaan hoitokertomukseen.

7.7.2 MNA -arviointien tulosten tarkastelu

Kohderyhmä kuului siis ali- ja virheravitsemuksen riskiryhmään. Tämä on juuri sen kohderyhmä, joka tulisi tunnistaa ja johon tulisi panostaa erityisen paljon vakavien ravitsemusongelmien ehkäisemiseksi.

Ravinnon saannin sekä painon pysymisen ennallaan voidaan olettaa noudattelevan samoja linjoja. Kolmella (10,34%) asiakkaista ravinnonsaanti oli vähentynyt ja kahdella (6,89%) tapahtunut painonlaskua. Huolestuttavalta vaikuttaa se, että jopa viidellä (17,24%) asiakkaista aikaisempaa tietoa painosta ei ollut käytettävissä. Kotihoidon asiakkaiden kohdalla säännöllinen painon seuranta on merkittävä osa ravitsemuksen sekä terveydentilan seurantaa. Osittain syy voi löytyä myös siitä, että tietoa ei ole syystä tai toisesta etsitty riittävästi muista potilasasiakirjoista. Joskus painon seurantaa voidaan pitää myös vähemmän merkittävänä toimenpiteenä ja se jää arjessa suorittamatta.

MNA -arviointien mukaan 8 asiakasta (27,59), söi vain yhden lämpimän aterian päivässä. Tämä on melko lähellä RAI -arviointien tulosta, jossa 24,10 prosenttia asiakkaista söi liian vähän päivittäisiä aterioita. Kolmen lämpimän päivittäisen aterian nautti vain 20,69 prosenttia kotihoidon asiakkaista. Huomioitavaa on arviointeja tehtäessä, että kysymysten mukaan ateriksi lasketaan myös kattava aamupala, esimerkiksi puurot ja vellit aterian lisukkeineen. Tässä kohtaa arviointien kirjaamisessa tulee olla tarkkana. Joka tapauksessa juuri päivittäisten aterioiden määrään tulisi suositusten mukaan kiinnittää huomiota ateriakokojen pienentyessä. Tämä onkin merkittävä haaste kotihoidolle.

Seurannan mukaan suomalaisten ikääntyvien hedelmien ja kasvien käyttö on lisääntynyt, mutta on edelleen liian vähäistä. Maidon käyttö päivittäisenä ruokajuomana taas on vähentymässä. (Helldän & Helakorpi 2014, 16.) Aineistossa vähintään yhden päivittäisen maitoannoksen käytti 25 (86,21%) asiakkaista. Kaksi tai enemmän annosta kananmunia käytti vain reilut puolet (58,62%) asiakkaista ja muuta proteiinipitoista lihaa, kalaa tai kanaa annoksen päivittäin 21 (72,41%) asiakkaista. Kaikki nämä, maitotuotteet, liha,

kala, kala ja kananmunat ovat oleellisia proteiininlähteitä, joten on todella syytä olla huolissaan kotihoidon asiakkaiden riittävästä proteiinin saannista. Kananmunien käyttöön voi edelleen vaikuttaa kananmunien, tai ainakin keltuaisten ”huono maine” kolesterolin lähteenä. Kasvisten, hedelmien ja marjojen kohdalla saantisuositus on yli puoli kiloa päivässä, 5-6 annosta. Aineistossa kaksi tai useampia annoksia päivittäin käytti 17 (58,5%) asiakkaista. Koska kasvikset, hedelmät ja marjat sisältävät tärkeitä suojaravintoaineita ja toimivat hyvien kuitujen lähteenä ja edesauttavat suoliston hyvinvointia, tulisi tähän löytää lisää mielekkäitä vaihtoehtoja.

MNA -arviointien mukaan 18 (62,07%) asiakkaista joi ainoastaan 3-5 lasillista nestettä päivässä. Tämä todennäköisesti alittaa päivittäisen nesteen saannin tarpeen 1500ml, mikäli ruokavalio ei sisällä paljon keittoja tai vellejä. RAI -aineiston mukaan kuitenkin vain kolmen (10,3%) asiakkaista tunnistettiin olevan kuivumisen riskissä. Tämä voi tarkoittaa, ettei kuivumisen riskiä välttämättä aina tunnisteta oikein. RAI -arvioinnissa kysytään, onko nesteen saanti vähentynyt tai riittämätöntä, kun MNA -arvioinnissa taas nautitun nesteen määrää. Osa asiakkaista valitettavasti myös tietoisesti välttelee juomista wc -asiointien tai inkontinenssin lisääntymisen pelossa. Juomisen seuranta on lisäksi haasteellista koti olosuhteissa. Juomista lisäävinä keinoina voidaan kokeilla ainakin erilaisten juomien tarjoamista ja jättämistä asiakkaan saataville. Luvut aineistossa ovat joka tapauksessa merkittävästi korkeammat, kuin vanhemmassa valtakunnallisessa aineistossa Finne-Soveri ym. (2006), joten asiaan tulee kiinnittää jatkossa huomiota.

Asiakkaista 23 (79,31%) söi itsenäisesti MNA -arviointien mukaan. Tämä on lähellä Finne- Soverin ym. (2006, 72) RAI -arvioinneista keräämään tietoa, jossa ilman apua ruokailusta selviytyi 82% kotihoidon asiakkaista.

MNA -arviointien mukaan yksikään aineistosta ei kokenut omaa ravitsemustilaansa ongelmalliseksi. Tämä voisi kertoa siitä, että tilanteen muuttuvat usein hitaasti ja sitä on vaikea havaita niin asiakkaan itse, kuin muidenkin. Tästä syystä juuri painon seuranta ja muut mittarit ovat erittäin tärkeitä. Myös oman terveydentilan vertaaminen muihin saman ikäisiin vaikuttaa olevan ikääntyville haasteellista.

Yhteenveto ja johtopäätökset:

Vaikka tulosten tarkastelu osoittautui mielenkiintoiseksi, on koko ajan pidettävä mielessä aineistona käytetyn aineiston rajallisuudet (pieni koko, asiakkaiden normaalia heikompi ravitsemustila ja hoitajien vähäinen harjaantuminen arviointien tekoon) ja haasteena oli

vastaavan vertailutiedon, (ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevien aineiston) puuttuminen, joten tulosten vertailussa piti käyttää muita saatavilla olevia aineistoja. Kotihoidon asiakkaiden yleisestä ravitsemustilasta saadaankin parempaa kuvaa jatkossa Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen puolivuositilastoissa toimittamien RAI -vertailuraporttien tuloksia seuraamalla ja tarkastelemalla MNA -arviointien tuloksia RAI -ohjelmistosta.

Tutkimuskysymyksiin nähden ali- ja virheravitsemuksen riskitekijät näyttäytyivät aineistossa pääosin odotetusti. Asiakkaiden keski-ikä oli korkea, muistisairaita, yksinäisiä tai masentuneita oli aineistossa paljon ja näihin asiakasryhmiin tulee kiinnittää huomiota, myös ennaltaehkäisevästi. RAI HC -arviointien perusteella keskeisinä kehittämiskohteina voidaan pitää asiakkaiden riittävien päivittäisten ateriamäärien ja riittävän juomisen varmistamista. Tässä tarvitaan riittäviä, monipuolisia ja oikein ajoitettuja palveluita. Myös päivittäisten kipujen hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa mielialaan ja ruokahuuun.

MNA -arviointien tuloksissa oli havaittavissa selviä merkkejä proteiinin saannin vähäisyydestä. Tähän asiaan voitaisiin pyrkiä vaikuttamaan hoitajien antamalla ohjauksella ostosten tekemiseen liittyen niin asiakkaille kuin omaisille ja asiakkaiden kauppatilauksia tehtäessä. Kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö on vähäistä ja myös tässä pitäisi kannustaa asiakkaita ja hyödyntää elintarvikkeita monipuolisesti muistaen raasteet, soseet ja pakasteet.

Hoitajien lisäkirjauksia tarkasteltaessa on muistettava, ettei niiden tekemistä arviointeihin ole välttämätöntä, joten osa asioista jää kirjaamatta. Tähän kuitenkin tulisi panostaa, sillä lisäkirjauksista saadaan merkittävää tietoa esimerkiksi hoitosuunnitelmia varten. Asiakkaiden ikään ja avun tarpeeseen nähden kuitenkin kirjauksissa kuvattiin yllättävän vähän hoitajien antamaa ohjausta ja asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä. On mahdollista, että annettua ohjausta, seuranta tai varmistamista ei huomata kirjata tai mahdollisesti hoitajien on myös vaikeaa tunnistaa näitä hoitotyön auttamisen keinoiksi, jotka tukevat asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Muutamien kirjausten pohjalta jäi myös epäily siitä, koe-taanko asiakkaiden käyntien välillä syömät välipalat ravitsemuksen uhkina. Sen sijaan välipalat pitäisi nähdä hyvää ravitsemustilaa tukevinä ja niistä tulisi saada merkittävä osa päivittäisestä energiasta.

Omaisten toiminta näyttäytyi merkittävänä voimavarana asiakkaiden ravitsemuksen tukemisessa. Omaiset huolehtivat ostosten teosta, ruuanlaitosta ja myös aterioista. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoidon ja omaisten välillä tarvitaan hyvää kommunikaatiota siitä,

mistä kukin huolehtii. Lisäksi pitää muistaa, että asiakkaiden lisäksi myös omaiset voivat kaivata ohjausta ja lisätietoa ikääntyvän ravitsemukseen liittyen.

7.8 Eettisyys ja luotettavuus

Ikääntyneiden ravitsemusongelmien lisääntyminen on ajankohtainen eettinen haaste niin yksilöiden, kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Tarvitaan riittävää osaamista ja valmiuksia ravitsemusongelmien ennaltaehkäisyyn ja havaitsemiseen, sekä kehitystyötä uusien palvelumuotojen mahdollistamiseksi kotiin. Keskusteluun ja kehitystyöhön olisi tärkeää saada ikääntyvät itse mukaan.

Aiheen valinnan lisäksi työn kaikissa vaiheissa on pyritty noudattamaan rehellistä, avointa ja vastuullista toimintatapaa. Koska soveltavan tutkimuksen osion aineistona käytettiin virallisia dokumentteja, asiakastietoa, on ollut tärkeää varmistaa, että asiakkaiden anonymiteetti säilynyt koko työskentelyn ajan, koskien sekä aineiston hankintaa, analysointia, työpajojen case-työskentelyä, että raportointia. Tähän on pyritty aineiston tunnistettomaksi tekemisellä ja anonyymisoinnilla. Aineisto saatiin valmiina ilman suoria tunnistetietoja, eli henkilötietoja. Sen lisäksi työn kaikissa vaiheissa on kiinnitetty huomiota muihin mahdollisiin vahvoihin tai epäsuoriin tunnisteesiin. (Tampereen yliopisto 2016.)

Yhteistyöorganisaation tutkimuslupa ja johdon tuki ovat mahdollistaneet työn tekemisen. Turun kaupungin tutkimusluvan mukaisesti projektipäällikköä sitoo koko kehittämisprojektin ajan salassapitovelvollisuus. Työpajoihin osallistuneita alueita informoitiin mahdollisimman hyvin niin suullisesti, kuin kirjallisesti tutkimustiedotteella työpajatoiminnasta (liite 1.). Myöskään työpajojen aikana ei ole missään vaiheessa pystytty tunnistamaan aineistoon kuuluvia asiakkaita, eikä alkuperäistä aineistoa ole luovutettu muille. Käytetty aineisto palautetaan kokonaisuudessaan takaisin hävitettäväksi kehittämisprojektin päätyttyä.

Kaikkea aineistoa on käsitelty vääristelemättä ja tulokset julkaistaan ja raportoidaan Excel laskentaohjelmasta saatujen tulosten mukaisesti. Saatuja tuloksia on esitelty kehittämisprojektin aikana ohjausryhmälle. Tulosten yleistämistä on pyritty tekemään harkitusti, perustellusti ja kriittisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6: Hirsjärvi ym. 2015, 23-26.)

Luotettavuus perustuu siihen, että pyritään johdonmukaisesti ja puolueettomasti selvittämään valittua asiaa. Luotettavuuden tarkasteluun on pyritty johdonmukaisesti työn jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137.) Valmiiden RAI HC ja MNA -arviointien käyttö voidaan nähdä tulosten luotettavuuden kannalta sekä vahvuutena, että heikkoutena. Valmiiden aineistojen kohdalla analyysin tekijä ei ole voinut millään tavoin vaikuttaa aineiston sisältöön, mutta tällöin on pohdittava sitä kuka ja miten aineiston on koonnut, ja miten laadukasta aineisto on (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Hirsjärvi ym. 2015, 231-232, 264; Vilka 2015, 194, 196). Aineisto on kerätty validoituja mittareita käyttäen koulutuksen saaneiden hoitajien toimesta. Aineisto koostui useiden hoitajien tekemistä arvioinneista ja kokemus arviointien tekoon on Turun kotihoidossa ollut vielä vähäistä aineiston keruun ajankohtana. Tämä on huomioitu tuloksia pohdittaessa.

Lisäksi aineiston analysointi menetelmä vaikuttaa tutkimuksen valideuteen, eli onko selvitetty oikeita asioita oikealla tavalla. Työn etenemisen ja tehtyjen ratkaisujen riittävän tarkkaan dokumentointiin on pyritty kiinnittämään huomiota, jotta sen perusteella voitaisiin arvioida luotettavuutta ja uskottavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Hirsjärvi ym. 2015, 231-232.) Soveltavan tutkimuksen osiossa käytetty aineisto on pieni tilastollisten päätösten tekoon, joten tulokset eivät ole merkittävästi yleistettävissä. Tilastolliset tunnusluvut kuvaavat kuitenkin pienen ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevan asiakasryhmän tilannetta (Hirsjärvi ym. 2015, 180). Aineiston vertailua rajoittaa myös se, että koko aineisto muodostuu ali- ja virheravitsemuksen riskissä olevista asiakkaista, eikä vastaavaa aineistoa ole vertailuun saatavilla.

Tuloksien käsittelyssä luotettavuutta parantaa, se että keväällä 2017 Exceliin kuvattu aineisto tarkistettiin uudelleen syksyllä 2017 ennen analyysin aloittamista. Tuloksiin vastaamiseksi aineistosta käsiteltävien asioiden määrää karsittiin ja pyrittiin johdonmukaisesti tarkastelemaan asioita kotihoidossa korostuvista näkökulmista. Tämä on perusteluna esimerkiksi sille, miksi aineistosta ei tarkasteltu tarkemmin asiakkaiden lääkehoidon tai suun terveyden ongelmia, jotka eivät myöskään korostuneet kokonaisaineistossa. Nämä ongelmat toistuvat melko samanlaisina myös palveluasumisen tai ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Sen sijaa esimerkiksi ruuan hankkimiseen ja valmistukseen liittyvät asiat korostuvat kotihoidossa.

Soveltavan tutkimuksen osion luotettavuutta lisää aineiston käsittely sekä tilastollisin tunnusluvin, että laadullisella menetelmällä. Aineistot analysoitiin erillään, mutta johtopäätöksiä tehdessä tuloksista voitiin hakea tukea tai selitystä toisilleen. Myös mahdollisia eroavaisuuksia tuloksissa RAI ja MNA -aineiston välillä sekä niiden syitä on tarkasteltu.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Toive ravitsemushoidon toimintamallin kehittämisestä nousi kehittämisprojektin ohjausryhmästä, kotihoidonhallinnosta. Taustalla oli tarve yhtenäistää ja kehittää ravitsemushoidon käytäntöjä. Toimintamallin (liite 4.) pohjana on käytetty mahdollisimman laajalti tietoa ikääntyvien ravitsemuksesta, ali- ja virheravitsemuksen tunnistamisesta sekä niiden hoidosta. Lisäksi aineiston pohjalta tarkasteltiin organisaation asiakastietoa, asiakkaiden voimavaroja ja kotihoidossa käytössä olevia hoitotyön auttamisen keinoja. Työpajojen avulla saatiin myös hoitotyöntekijöiden näkemyksiä ravitsemushoidon haasteista ja kaivatuista ohjeistuksista tiedosta. Toimintamallin kehittämistä varten on myös huolellisesti tutustuttu aiheeseen liittyviin suosituksiin ja kehittämisorganisaation omiin olemassa oleviin käytäntöihin ja toiminta ohjeisiin. Vertailutietona käytettiin mm. Asikkalan, Eksoten, Kouvola ja Porvoon kehittämiä ravitsemushoidon ohjeistuksia ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ravitsemushoidon sivuja. Toimintamallin kehittämisen tukena toimii luonnollisesti myös kehittämisprojektin tekijän oma pitkäaikaisen kokemustieto kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidosta ja sen käytännöistä. Toimintamallissa tämä monipuolinen tieto on pyritty yhdistämään käytännössä toimivalla tavalla. (Rycroft-Malone, Seerks, Titchen, Harvey, Kitson & Cormack, 2004.)

Toimintamallin lähtökohtana on asiakkaiden ravitsemuksen ongelmien mahdollisimman varhainen toteaminen, ennaltaehkäisy, ravitsemusterveysten paraneminen ja seurannan ohjeistus. Asiakaslähtöisyyttä on toimintamallissa lähestytty kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin toimintamallia koostettaessa on huomioitu kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen erityispiirteet ja haasteet. Lisäksi toimintamalli perustuu siihen, että asiakkaan kanssa selvitetään yksilölliset tarpeet ja sovitaan jatkohoidon suunnitelmasta. Asiakkaille annettava ohjeistus ja sovitut toimenpiteet ja jatkohoidon seurannan ohjeistus jaettiin kolmen eri otsikon alle MNA -arvioinnin pistemääriä mukaillen. Terveysten edistämisen näkökulmasta toimintamalli sisältää keskeisen ravitsemusohjauksen, joka koskee kaikkia kotihoidon asiakkaita, vaikka MNA arvioinnin mukaan ravitsemustilassa ei olisikaan ongelmia. Toimintamalli noudattelee toiminta sekä seurantaohjeistuksissaan sekä valtakunnallisia, että organisaation omia suosituksia.

Toimintamallin on tarkoituksena toimia työvälineenä kotihoidon hoitajille siten, että mahdollisimman moni hoitaja pystyisi monipuolisesti arvioimaan asiakkaan ravitsemustilaa, suunnittelemaan jatkotoimenpiteitä ja antamaan ravitsemukseen liittyvää perusohjausta.

Asiakkaasta saatava tieto ohjaa hoitajia yksilöllisen ohjauksen ja ravitsemushoidon suunnittelussa, sekä ravitsemustilan säännölliseen arviointiin ja seurantaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Toimintamallissa ei ole erikseen huomioitu erityisruokavalioita noudattavia asiakkaita, kuten keliakiaa sairastavia, epätasapainossa olevaa diabetesta sairastavia tai muuta lääkärin määräämään erityisruokavaliota noudattavia. Heidän ravitsemushoidossaan tulee joka tapauksessa ainakin sairaanhoitajan, mutta tarvittaessa myös lääkärin, ravitsemusterapeutin tai diabeteshoitajan olla mukana hoidon suunnittelussa.

Toimintamalli on kuvattu liitteessä 4. Se on tiivistetty A4 kokoiselle lomakkeelle, joka tallennetaan sähköisesti kotihoidon ohjeisiin, mutta on myös tulostettavissa kotikäynnille mukaan. Toimintamalli pohjautuu asiakkaalle tehdyn MNA -arvioinnin tulokseen. Perusajatuksena on kuitenkin, että kaikille kotihoidon asiakkaille on tärkeää antaa myös ennaltaehkäisevästi ravitsemusohjausta. Mikäli asiakkaan ravitsemustila heikkenee, toimintamalli ohjaa tarkastelemaan tilannetta monipuolisesti ja sisältää myös sähköisiä linkkejä organisaation ohjeisiin ja lisätiedon hankintaa varten. Toimintamallia voidaanakin kuvata ohjaavaksi. Kerätyn tiedon mukaan hoitajat kaipaavat lisätietoa ravitsemusohjauksen sisältöön, mutta myös konkreettisia toimintaohjeita miten toimia, kun asiakkaan ravitsemustilassa havaitaan ongelmia.

Toimintamalli tullaan jalkauttamaan organisaatiossa käytäntöön vuoden 2018 alkupuolella, ravitsemushoitoon liittyvien koulutusten yhteydessä. Samalla tapahtuu myös kehittämisprojektin laajempi raportointi yhteistyöorganisaatiossa. Toimintamallin juurtuminen hoitotyön käytäntöön tulee edellyttämään pitkäaikaista tukea ja vahvistamista organisaatiossa. Siitä voidaan jatkossa kerätä palautetta ja kehittää sitä organisaatiossa tarpeen mukaan.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA JA ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tarkastella kotihoidon asiakkaiden ali- ja virheravitsemukseen liittyviä riskitekijöitä ja ikääntyvien ravitsemushoitoa useiden eri näkökulmien avulla. Tarkastelun pohjalta vahvistuivat aikaisemmat näkemykset ravitsemusongelmien riskitekijöistä. Kehittämiprojektin pohjalta on noussut yhä selkeämpi käsitys ravitsemushoidon mahdollisuuksista ja myös tarve hyödyntää niitä käytännössä.

Yksittäisten asiakkaiden, sekä yhteiskunnan etuna voidaan pitää sitä, että ravitsemusongelmia pystyttäisiin ennaltaehkäisemään terveyttä edistävän ohjauksen avulla ja tunnistamaan ali- ja virheravitsemuksen riskiryhmät mahdollisimman ajoissa. Kotihoidossa tämä kuuluu keskeisesti hoitajien työnkuvaan. Laadukas ravitsemushoito edellyttää riittävästi henkilökuntaa ja muita resursseja. Lisäksi se edellyttää selkeää vastuunjakoa ja sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Tuloksellisen ravitsemushoidon perustana on henkilöstön riittävä ravitsemustieto ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. Oikein ajoitettu ja kohdennettu ravitsemushoito säästää kustannuksia ja suositusten mukaisella ruokavaliolla voidaan vaikuttaa elämänlaatuun, toimintakykyyn sekä kognition säilymiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a 16-17, 22; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 5, 17; Suominen, Puranen & Jyväkorpi 2013, 52-54; Ngandu ym. 2015, 2261; Milte & Mc Naughton 2016, 444; Schultz ym. 2016, 286).

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osio oli alun perin tarkoitus toteuttaa pelkästään laadullista menetelmää käyttäen, mutta tutkimussuunnitelmaa muokattiin tarkasteluun saatavilla olleen aineiston pohjalta. Tässä vaiheessa voidaan todeta, että tilastollisten tunnuslukujen ja laadullisen tarkastelun yhdistäminen oli haasteellinen, mutta mielekäs tapa tarkastella asioita. Menetelmien yhdistäminen toi monipuolisia näkökulmia aineiston tarkasteluun. Johdonmukaisesta tiivistämisestä huolimatta aineistoa oli runsaasti ja näin ollen myös tarkasteltavia tuloksia.

Soveltavan tutkimuksen tulokset noudattelivat vahvasti aikaisempaa tietoa ja tuloksia. Keskeisenä haasteena kotihoidossa voidaan pitää riittävien, säännöllisten aterioiden ja riittävän nesteensaannin turvaaminen asiakkaille ja etenkin muistisairaiden ravinnonsaannin seuranta. Hoitajien antaman ohjauksen merkitys korostuu ravinnon laadun, etenkin riittävän proteiinin saannin turvaamisessa. Lisäksi omaisyhteistyön tärkeys ja mahdollisuudet näyttäytyivät aineistossa yhtenä merkittävänä kotona selviytymistä ja ra-

vinnon saantia tukevana tekijänä. Riittävien ja oikein ajoitettujen palveluiden rinnalle tul-
laan jatkossa tarvitsemaan myös uudenlaisia ratkaisuja. Asiakkaiden omia toiveita ja tot-
tumuksia tulisi pystyä tukemaan paremmin ja pyrkiä hyödyntämään uuden teknologia
tuomia mahdollisuuksia. RAI ja MNA – arviointitietojen seuranta tulee antamaan organi-
saatiossa kuvaa ravitsemushoidon tilanteen kehittymisestä.

Ennaltaehkäisevästi myös asiakkaiden säännöllisen liikunnan ja ulkoilun mahdollistami-
nen sekä suunterveydestä huolehtiminen ovat keskeisessä osassa. Ulkoilu tukee ruoka-
halua, mutta myös yleisesti sekä fyysistä, että sosiaalista toimintakykyä. (Valtionravitse-
musneuvottelukunta 2010b, 54-55.) Asiakkaat tarvitsevat turvallista tukea ulkoiluun hei-
kentyneeseen muistiin ja terveydentilaan liittyen. Päivittäisen suunhoidon toteutumiseen
tulee kiinnittää huomiota. Ikääntyvillä on yhä enemmän omia hampaita suussa, jotka
kunnossa ollessaan tukevat ravinnonsaantia. Hampaiden ja limakalvojen sairaudet ovat
kuitenkin yleisiä ja vaativat myös asiantuntevaa suun terveydenhoitoa. Ikääntyvät itse
toivovat lisää suunhoidon mahdollisuuksia kotiin, koska kodin ulkopuolella asiointi on
haasteellista (Komulainen 2013, 59).

Työpajojen palautteiden sekä lähdeaineiston pohjalta henkilökunta tarvitsee edelleen tu-
kea ja osaamisen vahvistamista arviointien luotettavuuden parantamiseksi ja tiedon hyö-
dyntämiseksi asiakkaiden hoitotyössä. Tämä on ymmärrettävää vasta lyhytaikaisen
käyttökokemuksen vuoksi. RAI ja MNA -arviointi tulee nähdä työkaluna asiakkaan
kanssa hoitoa suunniteltaessa. Arvioinnin tekoon vaaditaan riittävästi aikaa, jotta ole-
massa apuvälineet, kuten RAI –arviointia tukeva käsikirja, tulevat hyödynnettyä. Laaduk-
kaiden lisämerkintöjen kirjaamisella voidaan helpottaa hoitotyön suunnittelua ja niistä
voidaan saada tärkeää tietoa asiakkaan voimavaroista. Näihin osa-alueisiin organisaa-
tiossa on jo vastattukin mentorihoitajan toiminnan avulla.

Hoitajat toivovat myös jonkinlaista jatkuvaa tukea, säännöllistä koulutusta ja vahvistusta
ohjausosaamiseensa. Isossa organisaatiossa jonkinlaisen verkkopohjaisen opiskelu
materiaalin käyttö voisi olla tehokas tapa vahvistaa jatkuvaa oppimista. Toinen mahdol-
lisuus lisätä ja jakaa osaamista on ravitsemusvastaavien työryhmän perustaminen. Täl-
löin jokaisella alueella olisi vastuuhenkilö tukemassa ravitsemushoidon osaamista ja pe-
rehdyttämässä uusia työntekijöitä organisaation ravitsemushoidon käytäntöihin. Vastuu-
henkilötoimintaan liittyy toki myös omat haasteensa. Lisäksi on vielä muistettava, että
laadukkaan ravitsemushoidon toteuttamiseksi tarvitaan myös laadukasta kirjaamista asi-
akkaan tilanteen seuraamisen, päätöksenteon ja moniammatillisen yhteistyön tueksi.

Yhteistyöorganisaation tarpeeseen kehittää ravitsemushoitoa vastattiin työstämällä kotihoitoon ravitsemushoidon toimintamalli. Toimintamalliin on kuvattu kehittämisprojektin aikana kerätty keskeinen ravitsemustieto ja siinä on pyritty yhdistämään jo olemassa olevaa ohjeistusta. Toimintamallin avulla on mahdollista kiinnittää huomiota ennalta ehkäisevään ohjaukseen, jotta asiakkaat tiedostavat myös itse monipuolisen ja laadukkaan ravinnon merkityksen ikääntyessä. Toimintamalli ohjaa hoitajia tarkastelemaan asiakkaan ravitsemustilaa ja ravitsemushoidon mahdollisuuksia monipuolisesti, sekä moniammatillisen, että läheisyhteistyön mahdollisuudet huomioiden. Lisäksi on pyritty tiedon ja ohjeiden helppoon saatavuuteen, kuten hoitajat työpajoissa toivoivat. Toimintamallin käyttöönotto ja juurruttaminen hoitotyön käytäntöön tulee edellyttämään pitkäaikaista tukea.

Kehittämisprojektin toteuttaminen on vaatinut projektipäälliköltä pitkäjänteistä sitoutumista ja tavoitteellista toimintaa. Projektin etenemistä ovat tukeneet ohjausryhmän tuki, säännölliset kokoontumiset sekä mentoritoiminta. Suunnitelmavaiheen riskianalyyssissä mahdolliseksi heikkoudeksi tunnistetut aikatauluun liittyvät tekijät toteutuivat osittain suunnitelmavaiheen venyessä loppuvuodesta 2016. Tähän vastattiin kuitenkin työpajojen toteuttamisella ripeässä aikataulussa tutkimusluvan ja aineiston saannin jälkeen. Muilta osin projekti on pääosin edennyt suunnitellun aikataulun mukaisesti. Myös työpajojen toteutuminen koettiin mahdolliseksi heikkoudeksi, mutta projektipäällikön mielestä työpajat antoivat sekä toteutukseltaan, että saadun palautteen muodossa merkittävää sisältöä kehittämisprojektille. Työpajoissa hoitajilta, sekä ohjausryhmästä kehittämisprojektin aikana on välittynyt halu ja tarve kehittää ravitsemushoitoa.

Kehittämisprojekti on lisännyt projektipäällikön asiantuntijuutta monialaisesti niin projektityöskentelyn, kehittämisosaamisen kuin ravitsemushoidonkin osa-alueilla. Oma toimintaa on pyritty arvioimaan ja kehittämään läpi prosessin, joka on edellyttänyt projektipäälliköltä omien vahvuuksien ja kehittämiskohteiden tarkastelua.

LÄHTEET

Anttila, H. Kärki, H Wickström-Grotell, C. & Kettinen, J. 2015. Käsikirja terveystalvelujen käytäntöjen kehittämiseen. Viitattu 1.11.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:20978-952-5260-62-5>

Asikkala 2015. Ruokarytmi – ravitsemuskäsikirja. Viitattu 12.10.2017 https://www.asikkala.fi/wp-content/uploads/2014/09/Ruokarytmi_ravitsemuskasikirja.pdf

Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A., Morley, J., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visavanathan, R. Volpi, E. & Boirie, Y. 2013. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. Journal of the American Medical Directors Association 14, 542-559. Viitattu 20.10.2017 https://www.researchgate.net/publication/250919383_Evidence-based_Recommendations_for_Optimal_Dietary_Protein_Intake_in_Older_People_A_Position_Paper_From_the_PROT-AGE_Study_Group

British Nutrition Foundation 2017. Older Adults. Viitattu 17.10.2017 <https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/life/older-adults.html>

Brotherton, A., Simmonds, N. & Strout, M. 2010. Malnutrition Matters Meeting Quality Standards in Nutritional Care. Viitattu 10.10.2017 <http://www.bapen.org.uk/pdfs/toolkit-for-commissioners.pdf>

CGI 2017. Pegasos Mukana. Viitattu 10.10.2017 <https://www.cgi.fi/tuoteratkaisut/kotihoito-mukana>

Diabetesliitto 2017. Syöminen. Viitattu 20.10.2017 https://www.diabetes.fi/terveydeksi/syominen/diabeetikolle_sopiva_syominen/diabeetikon_ruokavaliosuositukset

Eksote 2014. Ikääntyneiden ravitsemushoito. Ohjeita kotihoidon henkilökunnalle. Viitattu 12.9.2017 <https://www.innokyla.fi/documents/1089786/da66e93d-10d8-4dc5-acec-fa5e4561dc0f>

Elia, M, Russel, C.A & Stratton, R.J. 2010. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Viitattu 2.10.2017 https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/620937E2A9AE944B32BA38139BDECD3/S0029665110001746a.pdf/malnutrition_in_the_uk_policies_to_address_the_problem.pdf

Elia, M. 2015. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report). Viitattu 2.11.2017 <http://www.bapen.org.uk/pdfs/economic-report-full.pdf>

ESPEN 2002. Malnutrition screening. Viitattu 2.11.2017 <http://espen.info/documents/Screening.pdf>

ESPEN 2015. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Viitattu 17.20.2017 http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2015/11/ESPEN_GL_Dementia_ClinNutr2015.pdf

ESPEN 2017. Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics. Viitattu 2.11.2017 <http://www.espen.org/guidelines-home/guidelines-in-progress>

Farre, T.B., Formiga, F., Ferrer, A., Plana-Ripoll, O., Almeda, J. & Pujol, R. 2013. Risk of being undernourished in a cohort of community-dwelling 85-years-olds: The Octabaix study. Geriatrics Gerontology International 14 (3) 710-715. Viitattu 1.10.2017 https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40461547/Risk_of_being_undernourished_in_a_cohort20151128-19005-17o6hke.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512797053&Signature=XMmBSJHTq0IDTNOBVSpKyf4S94s%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRisk_of_being_undernourished_in_a_cohort.pdf

- FINLEX 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 857/1992, Viitattu 20.10.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- FINLEX 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Viitattu 20.10.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- FINLEX 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 20.10.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Finne-Soveri, H., Björkren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Freese, R. & Voutilainen, E. 2012. Vitamiinit ja kivennäisaineet sekä muut ravinnon yhdisteet. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede 2012. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melciorre, M., Greco, C. & Deville, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Service Reseach. 11 (207) 1-14. Viitattu 1.10.2017 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-207?site=http://bmchealthservres.biomedcentral.com>
- Gerontologinen ravitsemus ry 2017. Ravitsemustilan arviointi. Lomakkeet. Viitattu 8.9.2017 <https://www.gery.fi/arviointi/lomakkeet/>
- Grönvall, A., Heikkilä, K. & Salminen, L. Dialogi opetusmenetelmänä. Teoksessa: Kauhanen, L., Heikkilä, K., Koskeniemi, J. Salminen, L. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turun yliopiston julkaisuja ja raportteja. Julkaisuja A: 69/2014.
- Guigoz, Y. 2006. The mini nutritional assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us. The Journal of Nutrition, Health and Aging 10 (6) 466-487. Viitattu 10.10.2017 https://www.researchgate.net/publication/6617787_The_Mini_Nutritional_Assessment_MNAR_Review_of_the_Literature-What_Does_It_Tell_Us
- Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.10.2017 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086
- Hanhilampi, N., Heikkilä, K., Salminen, L. 2014. CASE – oppijakeskeinen menetelmä terveysalalla. Teoksessa: Kauhanen, L., Heikkilä, K., Koskeniemi, J. & Salminen, L. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen 2. Turun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteenlaitoksen tutkimuksia ja raportteja A:69/2014. Turku. Juvenes Print.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö 14 (1) 4-11.
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. THL Raportti 15/2014. Viitattu 10.10.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-188-4>
- Helldán, A., Raulio, S., Kosola, M., Tapanainen, H., Ovaskainen, M-L. & Virtanen, S. 2013. Finravinto 2012 –tutkimus. THL Raportti 16/2013. Viitattu 10.10.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-951-0>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, K. & Seppänen, A. 2014. Johda näyttö käyttöön. Porvoo: Bookwell Oy.

Houston, D., Tooze, J., Garcia, K., Visser, M., Rubin, S., Harris, T., Newman, A. & Kritchevsky, S. 2017. Protein Intake and Mobility Limitation in Community- Dwelling Older Adults: the Health ABC Study. *Journal of American Geriatrics Society*. 65 (8) 1705-1711. Viitattu 1.10.2017 http://www.promiss-vu.eu/wp-content/uploads/Houston_et_al-2017-Journal_of_the_American_Geriatrics_Society.pdf

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

InterRAI 2017. Home care (HC). Viitattu 18.10.2017 <http://www.interrai.org/home-care.html>

Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J. & Ek, A-K. 2009. Malnutrition in home living population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing* 18 (9) 1354-1364. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02552.x

Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kaipainen, T., Tiihonen, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2015. Prevalence of risk of malnutrition associated factors on home care Clients. *Journal of Nursing Home Research* 1, 47-51. Viitattu 2.10.2017 <http://www.jnursinghomeresearch.com/468-prevalence-of-risk-of-malnutrition-and-associated-factors-in-home-care-clients.html>

Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Rämisch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D. R., Anthony, P. S., Charlton, K. E., Maggio, M., Tsai, A. C. Vellas, B. & Sieber, C. C. 2010. Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *Journal of American Geriatric Society*. 58 (9) 1734-1738. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karppinen, H., Pitkälä, K., Kautiainen, H., Tilvis, R., Valvanne, J., Yoder, K. & Strandberg, T. 2017. Changes in disability, self-rated health, comorbidities and psychological wellbeing in community dwelling 75-95-year-old cohorts over two decades in Helsinki. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care* 35 (3) 279-285. Viitattu 1.10.2017 <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358855>

Kiesswetter, E., Pohlhausen, S., Uhlig, K., Diekmann, R., Lesser, S., Hesecker, H., Stehle, P., Sieber, C.C. & Volkert, D. 2013. Malnutrition is related to functional impairment in older adults receiving home care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 17 (4) 345-350. Viitattu 1.10.2017 <http://www.mna-elderly.com/publications/1063.pdf>

Kiviniemi, K., Ritvanen, J. & Ylönen, M. Huomio iäkkäiden ravitsemushoitoon. Teoksessa: Laaksonen, C., Kuukasjärvi, A. & Ylönen, M. (toim.) Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 228. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Komulainen, K. 2013. Oral Health Promotion among Community-Dwelling Older People. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 10.10.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-12138/urn_isbn_978-952-61-1213-8.pdf

Kouvola 2015. Ruokarytmi – hyvää oloa ruuasta. Viitattu 12.10.2017 http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Muu_toiminta/Perusterveydenhuollon_yksikko/Materiaalit

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017. Ravitsemus – materiaalit. Viitattu 12.10.2017 http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Muu_toiminta/Perusterveydenhuollon_yksikko/Materiaalit

- Kretser, A., Voss, T., Kerr, W., Cavadina, C. & Friedmann, J. 2003. Effects of two models on nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *Journal of the American Dietetics Association* 103 (3) 329-336. Viitattu 1.10.2017 <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0002822302000883>
- Lachmann, N. A., Tannen, A. & Suhr, R. 2015. Underweight and malnutrition in home care: A multi-center study. *Clinical Nutrition*. 1-7. Viitattu 10.10.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.008>
- Lahti-Koski, M. & Rautavirta, K. 2012. Suomalainen ravitsemus ja sen kehitys. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede 2012*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Lehtimäki, A., Stolt, M. & Salminen, L. 2011. Dialoginen keskustelu opetusmenetelmänä terveysalalla. Teoksessa: Junnila, R., Keskinen, S., Stolt, S. & Salminen, L. *Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen*. Turun yliopiston julkaisuja A:62.
- Mattinen, A. 2007. Ravitsemusohjaus hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 9. Viitattu 12.10.2017 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160041.pdf>
- Milne, AC., Potter, J., Vivanti, A. & Avenell, A. 2009. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database System Review*. Issue 2. Art. No.:003288. Viitattu 2.10.2017 DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3
- Milte, C. & Mc Naughton, S. 2016. Dietary patterns and successful aging: a systematic review. *European Journal of Nutrition*. 55, 423-450. Viitattu 21.11.2017 <http://doi.org/10.1007/s00394-015-1123-7>
- Mutanen, M. & Voutilainen, E. 2012. Energiaravintoaineet, ravintokuitu ja alkoholi. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede 2012*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Pajanen, T., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 385 (9984) 2255-2263. Viitattu 2.10.2017 file:///C:/Users/Käyttäjä/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/FINGER.pdf
- Nguyen, P. 2013. Evidence Summary. Sarcopenia (Older People): Nutritional Supplementation. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2016; JBI8676
- Nordic Council of Ministers 2012. Nordic Nutritional Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. Viitattu 9.10.2017 <https://www.norden.org/en/theme/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>
- Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. & Mäkelä, M. 2014. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimuksesta tiiviisti 2. Viitattu 30.10.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3
- Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. & Mäkelä, M. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Viitattu 10.10.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-440-3>
- Nykänen, P. & Juntila, K. 2012. Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen raportteja 40/2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Viitattu 24.10.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/thl_rap2012_040_verkko.pdf?sequence=1

- Nykänen, I., Lönnroos, E., Kautiainen, H., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2012. Nutritional screening in a population-based cohort of community-dwelling older people. *European Journal of Public Health* 23 (3) 405-409. Viitattu 17.20.2017 https://www.researchgate.net/publication/224855954_Nutritional_screening_in_a_population-based_cohort_of_community-dwelling_older_people
- Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes. Raportteja 8/2006. Helsinki. Valopaino Oy.
- Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strandberg, T. 2012. Vanhuksen aliravitseminen ja sen hoito. *Suomen lääkirilehti* 51-52 (60) 5265-5271.
- Porvoo kaupunki. 2016. Ravitsemushoidon linjaukset, asumispalvelut, kotihoito, terveystieteiden keskus-sairaala. Viitattu 10.10.2017 https://www.porvoo.fi/library/files/56bc54ffed6b97cb99005414/ruokailu_ravitseminen_asumispalvelut_kotihoito_terveyskeskus_16_4_2014.pdf
- Prince, M., Albanese, P., Guerchet, M. & Prina, M. 2014. Nutrition and dementia. A review of available research. *Alzheimer's Disease International*. Viitattu 22.11.2017 <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma –opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes, oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy,
- RaiSoft 2017. Arviointivälineet. Viitattu 12.10.2017 <http://www.raisoft.com/fi/ohjelmisto/arviointivälineet.html>
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. 2004. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 913-924. Viitattu 2.10.2017 https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46648942/An_exploration_of_the_factors_that_influ20160620-32451-1szm3zd.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512800019&Signature=0UbNoOsn8K945FKxts2Yal1YtD0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAn_exploration_of_the_factors_that_influ.pdf
- Räihä, I. 2012. Ikääntyneiden ravitseminen. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede 2012. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Turun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Schultz, T., Roupas, P., Wiechula, R., Krause, D., Gravier, S., Tuckett, A., Hines, S. & Kitson, A. 2016. Nutritional interventions for optimizing healthy body composition in older adults in the community: an umbrella review of systematic reviews. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*: 14 (8) 257–308. JBI@Ovid. 2016; JBI16046.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityö käsikirja. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitseminen hoitotyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Slade, S. & Grad, D. 2017. Evidence Summary. Risk Assessment of Malnutrition: Older People. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI7824.

Soini, H., Routasalo, P. & Lagström, H. 2004. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition* 58, 68-74. Viitattu 12.10.2017 <http://www.nature.com/ejcn/journal/v58/n1/pdf/1601748a.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Viitattu 12.10.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225987>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 2.10.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Kotihoito ja kotipalvelu. Viitattu 20.10.2017 <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sotkanet 2017. Viitattu 12.10.2017 <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s04Kii8zAwA=®ion=szYztTZJAQA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Asetus potilas-asiakirjoista. Viitattu 20.10.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Suominen, M. 2008. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Suominen, M. 2016. Vanhusten ravitsemushäiriöt. Terveysportti. Lääkärin käsikirja.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, S. 2013. Ravitsemus muistisairaana kodissa. Loppuraportti. Trinket Oy.

Suominen, M., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkälä, K. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition*. 63 (2) 292-296. Viitattu 2.10.2017 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=75a3f3b9-bf12-4ff0-8515-3a5534a3eb18%40sessionmgr4009>

Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. & Pitkälä, K. 2012. Ikääntyneiden ruokattotumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 19, 170-179.

Sydän-media 2017. Uudet ravitsemussuositukset korostavat ruokavalion kokonaisuutta. Viitattu 20.10.2017 <https://sydan.fi/ruoka-ja-liikunta/uudet-ravitsemussuositukset-korostavat-hyvan-ruokavalion-kokonaisuutta>

Tampereen yliopisto 2016. Aineistohallinnan käsikirja. Viitattu 9.10.2017 <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos 2017. Mikä on RAI. Viitattu 22.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmästä>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Turun kaupunki 2015. Omavalvontasuunnitelma. Viitattu 9.10.2017 https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/omavalvontasuunnitelma_31_8_16.pdf

Turun kaupunki 2017. Kotihoito. Viitattu 4.11.2017 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmissen-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotihoito>

Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala 2017. Viitattu 10.10.2017 file:///C:/Users/Käyttäjä/Desktop/a5_esite_hyto_ei_leikkausmerkkeja.pdf

Turun kaupunki, kaupunkistrategia 2029. Viitattu 9.10.2017 <https://www.turku.fi/kaupunkistrategia>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. Viitattu 17.9.2017 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitupa, M. & Fogelholm, M. 2012. Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede 2012. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Valta, A. 2008. Lääkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 20.7.2017 <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 9.10.2017 http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf

Vellas, B. Guigoz, Y., Garry, P. Nourishashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albareda, J-L. 1999. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading nutritional state of elderly patients. Nutrition 15 (2)116-122. Viitattu 20.10.2017 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900798001713>

Viitala, R. Johda osaamista. 2006. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2014. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 19/2017. Viitattu 10.20.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706026978>

WHO 2002. Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. Viitattu 20.10.2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42515/1/9241562102.pdf>

WHO 2017. Viitattu 20.10.2017 Nutrition for older persons.: <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en>

Tutkimustiedote



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy

TUTKIMUSTIEDOTE

Ravitsemushoidon kehittämisprojekti Turun kotihoidossa on osa Turun ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämisprojektia, joka toteutetaan yhteistyössä Turun kaupungin kotihoidon kanssa. Kehittämisprojektin tavoitteena on kehittää Turun kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa yhteistyössä kotihoidon hoitajien kanssa osaamista vahvistamalla ja sitä kautta vaikuttaa positiivisesti asiakkaiden ravitsemustilaan. Tarkoituksena on hyödyntää työpajatyöskentelyä ja case – oppimista osaamisen vahvistamisessa. Työpajojen keskeisenä sisältönä toimivat ikääntyvien ravitsemukseen liittyvä tieto sekä ravitsemustilan seurantaan ja ikääntyneiden ravitsemushoitoon liittyvät ohjeistukset. Työpajat järjestetään kolmella kotihoidon lähipalvelualueella. Lisäksi kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osiossa tehdään kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmin analyysiä kotihoidon asiakkaiden aliravitsemustilaan yhteydessä olevista tekijöistä suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon. Tutkimusaineistona käytetään RAI ja MNA -arviointien tuloksia. Kehittämisprojektille on saatu lupa avopalvelujohtajalta Anne Vuoriselta 24.5.2016 ja asiakastietojen käsittelyä varten on saatu tutkimuslupa 30.1.2017.

Kehittämisprojektista saa lisätietoja:

Marjut Aalto
Terveydenhoitaja, yamk-opiskelija
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

marjut.aalto@edu.turkuamk.fi

Saatekirje



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy

SAATEKIRJE TYÖPAJAAN OSALLISTUJALLE

Kehittämiprojektin nimi: Ravitsemushoidon kehittämiprojekti Turun kotihoidossa

Päiväys: 30.10.2016

Hyvä työpajaan osallistuja

Kohteliaimmin pyydän osallistumaan työpajaan, jonka tavoitteena on kehittää kotihoidossa tehtävää ravitsemushoitotyötä. Tarkoituksena on työpajatyöskentelyn avulla vahvistaa ravitsemushoidon osaamista ja selkiyttää käytössä olevia ravitsemushoitoon liittyviä ohjeistuksia ja käytäntöjä.

Lisäksi työpajoissa on tarkoitus käyttää case työskentelyä. Työpajojen case tapaukset on muodostettu kotihoidon asiakkaista kootun RAI ja MNA -aineiston pohjalta.

Lupa työpajojen järjestämiseen on saatu avopalvelujohtaja Anne Vuoriselta 24.5.2016.

Tämä työpajatoiminta liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan kehittämiprojektiin. Kehittämiprojektini ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä, yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisesta jo etukäteen kiittäen

Marjut Aalto
Terveystenhoitaja/ yamk-opiskelija
marjut.aalto@edu.turkuamk.fi

Aineiston analyysirunko

AINEISTOSTA TARKASTELEVAT ASIAT

RAI -AINEISTO:
ikä
sukupuoli
asuuko yksin/ yhdessä
kotihoidon käynnit
ravitsemukseen liittyvät tukipalvelut
monilääkitys (9 tai yli)
MAPLe
CPS kognitio
käyttöoireet
yksinäisyys
DRS masennus
ADLH
IADL
ulkoilu
ostosten suorittaminen
suolentoiminnan ongelmat
Pain kipu
kaatuilu
säännöllinen alkoholin käyttö
BMI
vähän aterioita
ruokailu
aterioiden valmistaminen
ateriapalvelun käyttö
suun ongelmat
ihon ongelmat
kuivumisen riski

Ravitsemushoidon toimintamalli

RAVITSEMUSOHJAUS KAIKILLE KOTIHOIDON ASIAKKAILLE:

- **Ateriarytmi:** yksilöllisesti 4-5 ateriaa päivässä + välipalat. Yöaikainen paasto max. 11tuntia.
- Selvitä **ravinnon monipuolisuus, riittävä energian ja proteiinien saanti.** Hyödynnä apuna esim. [ravintokyselyä ikääntyneelle](#) ja MNA lomaketta.
- Käy läpi myös [ravitsemuksen tarkistuslista!](#)
- Varmista, että **D-vitamiini**, 20mikrog. /vrk, käytössä. Selvitä mahdolliset muut käytössä olevat vitamiinit tai ravintolisät (tieto lääkärille -> tarvittavista kirjaus lääkelistalle).
- Riittävä **nesteen saanti**, 1-1.5 litraa/vrk.
- Selvitä onko asiakkaalla käytössä jokin lääkäri määräämä tai muu erityisruokavalio. Lisäohjauksen tarve?
- Huomioi **ruokahuollon toimivuus.** Ruuan hankinta, ostosten sujuminen, ongelmat ruuan valmistamisessa tai aterioiden järjestämisessä. Riittävät kotihoidon käynnit, tukipalvelut sekä omaisyhteistyön toimivuus.
- Huomioi keittiön kohtuullinen hygieniataso, mahdollinen avun tarve sekä turvallisuus.
- Varmista, että asiakkaalla on toimivat suunhoitovälineet.
- Muistuta säännöllisen **liikunnan** ja **ulkoilun** tukevan hyvää ruokahalua.
- **Tarkista** RAI -arvioinnista ravitsemukseen liittyvät tiedot ja CAP 14-17.
- **Kirjaa** MNA tulos tulotilanne sivulle ja hoitosuunnitelmalle miten ravinnonsaanti toteutuu. [RAI -hosu -ohjeet](#).
- Tarkista, hoitosuunnitelmalle **painon seuranta** kuukausittain ja **seuraava MNA** 6kk:n päähän.

JOS MNA 23.5-17 PISTETTÄ, ALI- TAI VIRHERAVITSEMUKSEN RISKI. TARKISTA SEURAAVAT ASIAT:

- Tee **tarkempi ravinnon saannin seuranta.** Apuna esim. [ruuankäytön seuranta -lomake](#) tai [ruokapäiväkirja](#) 3vrk.
- Käy läpi [ravitsemuksen tarkistuslista](#).
- **Keskustele asiakkaan (+ läheisen)** kanssa ravitsemustilanteesta. Selvitä mieliruuat, tavat, toiveet ja tottumukset ruokailuun liittyen.
- Harkita huoneentaulua (esim. jääkaapin oveen), jossa esim. sovitut asiat, ateriarytmi, asiakkaan toiveet ja mieliruuat.
- **Muistuta** säännöllinen ateriarytmi ja välipalat tukevat riittävän energian ja ravintoaineiden saantia.
- Välipala vaihtoehtoja: rahkat, jugurtit, voileipä, pähkinät, marjat +kiisselit/vanukkaat, välipalapatukat, pasteijat, jne.
- **Tarkista**, ettei käytössä ole vähärasvaisia tuotteita tai turhia ruokavalio rajoitteita. Jos erityishaasteita konsultoidaan sh.
- Joka ateriasa proteiineja, esim. maitotuotteet, liha, kala, kana, kananmunat tai leikkeleet.
- **Ruuan rikastaminen:** esim. puuron keitto maitoon + rasvalisä, ruokiin kerma ja rasvalisät, salaattinkastike.
- Tarvittaessa käyttöön **lisäravinteet.** Säännölliset lisäravinteet kirjataan lääkelistalle.
- **Tarkista** kotihoidon sekä tukipalveluiden tarve ja käyntien ajankohta ruokailun tukemiseksi ja valvomiseksi.
- Voidaanko ruokailutilanteita muuttaa mielekkäämmiksi?
- Säännöllinen **ulkoilu** ja **liikunta** mahdollisuuksien mukaan ruokahalun tukemiseksi.
- **Kirjaa** sovitut asiat ja annettu ohjaus Pegasokselle. **Hoitosuunnitelmalle:** Tarve, ravitsemus -ravitsemuksen muutos + yksilölliset tavoitteet sekä sovitut toimenpiteet + seuranta. [Ravitsemussuunnitelman laatiminen hyvinvointitoimialalla, RAI-hosu ohje](#).
- Varmista hoitosuunnitelmalle **painon seuranta** 1kk:n välein ja **MNA** 3kk:n välein.
- **Tiimipalaverissa** tiedottaminen ja keskustelu-> yhteiset toimintatavat.
- **Tieto lääkärille**-> sairaanhoitaja ohjelmoi ja kirjaa jatkot hoitosuunnitelmalle.
- Mahdolliset yhteydenotot ja läheteet: esim. suun terveydenhuoltoon, fysio- tai toimintaterapeuttiin ja ravitsemusterapeutille, [ravitsemusterapian konsultaatio-ohjeistus](#).

JOS MNA 17 PISTETTÄ TAI ALLE, ALI- TAI VIRHERAVITSEMUS. TOIMITAAN SEURAAVASTI:

- Tehdään uusi ravinnon käytön seuranta.
- Keskustelu asiakkaan ja omaisen kanssa.
- Tarkistetaan, että kaikki yllä olevat mahdollisuudet on hyödynnetty.
- Lisäravinteiden aloitus, elleivät ne ole käytössä tai käytön lisäys.
- Konsultoidaan lääkärä uudelleen.
- Harkitaan uudelleen moniammatillisen yhteistyön tarve.
- Varmista hoitosuunnitelmalle painon seuranta viikon välein ja MNA 3kk:n välein.

- Kotihoidon asiakkaalle suositeltavin BMI on 24-29, tahattomiin painonlaskuihin tulee puuttua.
- Ali- ja virheravitsemuksen yleisimmät riskitekijät ovat: monilääkitys, muistin ongelmat, avun tarve päivittäisissä toimissa, mielialan ongelmat, kivut sekä suun terveyteen liittyvät ongelmat.
- Hyviä lisätiedon linkkejä: [Ikääntyneiden ravitsemussuosituks](#), [Gery.fi](#)